

EN ESTA EDICIÓN...



CUANDO LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Están disponibles los archivos de precios de venta de medicinas de enero 2011

Estos archivos están disponibles para ser descargados en la Internet7

Incentivos para la adopción de registros médicos electrónicos

La inscripción está disponible para los profesionales de la salud y hospitales elegibles8

HIPAA 5010 & D.0 - calendario de implementación

Entérese de los eventos actuales y futuros de este proceso de implementación17

Nuevas herramientas para prevención y lucha contra el fraude

CMS adquirirá herramientas analíticas de última generación para evitar pagos fraudulentos20

Nuevo programa de compras para hospitales en base a calidad

El programa de CMS promocionará atención médica de alta calidad en hospitales de Medicare.....30

Nuevos requisitos de reporte en la reclamación de salud en el hogar

Medicare realiza pagos bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar33

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

El hogar no será más considerado una excepción a los requisitos de especificaciones POS51

Lista de jurisdicción 2011 para códigos HCPCS de DMEPOS

El artículo basado en el CR 7257 notifica que la hoja de cálculo es actualizada anualmente para reflejar códigos que han sido añadidos o descontinuados56

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	27
Información para proveedores de la Parte A.....	28
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	40
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	48
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	49
Información para proveedores de la Parte B.....	50
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	73
Formulario para ordenar materiales de Parte B	82
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	83

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

Nueva opción de cobertura carecen de seguro... 4

Validación de ABN para revisión compleja 4

Pago para estudios de extensión 5

Corrección manual terapia nutrición médica 5

Cambios clave planteados en CR 7264 6

Actualización del RARC y CARC 6

Actualización de códigos de estatus categoría ... 7

Nueva página Web reportes de calidad 7

Disponibles archivos venta de medicina 7

Incentivos para la adopción de EHR 8

Programa de incentivo EHR 9

Compra basada en valor centros diálisis..... 10

Disponibles los archivos ASP 2011 11

Inscripción abierta programas incentivo EHR ... 11

Pagos emitidos bajo programa EHR 11

Publicación 2011 HCPCS modificados..... 11

Modificaciones expandidas de reclamaciones .. 12

PPS ESRD y facturación consolidada..... 12

Facturación de farmacia para medicamentos .. 13

Modificado el indicador de códigos HCPCS..... 13

Tarifas de laboratorio clínico 13

Actualización tarifa fija DMEPOS 2011 14

Actualización emergencia a MPFS..... 15

Recordatorio: transacciones D.0 y 5010 15

Recordatorio: pruebas específicas 5010 y D.0.. 16

Revisión de la versión 5010 de ASC X12 17

HIPAA 5010 & D.0 - calendario y recordatorios. 17

CMS inicia MCPSS..... 19

MCPSS durante 2011..... 19

Nuevas publicaciones del MLN..... 20

Dispositivos de medición de glucosa..... 20

Herramientas prevención lucha contra fraude... 20

Tablas referencia ICD-10-CM y ICD-10-PCS 21

Actualización licitación competitiva DMEPOS... 21

Recordatorios atención de pacientes ESRD 22

Programa de licitación competitiva DMEPOS ... 23

Recordatorio vacuna contra influenza 23

Hoja informativas licitación de DMEPOS 24

Tasas de interés pagos de Medicare..... 24

Facturación reclamación ambulancia 25

Reducciones pago servicios terapia..... 25

Modificadores de reclamaciones..... 25

Software de actualización laboratorios..... 26

Tasa de interés de pago puntual 26

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....27

Parte A

Reporte de unidades de servicio28

Disposiciones agencias salud domicilio28

Guía facturación para RHC y FQHC 29

Cálculos de transferencia post-gravedad... 29

ANPRM - manera en que debe aplicarse... 29

Nuevo programa compras hospitales..... 30

Reclamaciones hospitales de urgencia..... 31

Actualización de PPS PC PRICER 2010.... 32

Actualización PRICER OPPS..... 32

PPS IPF PC PRICER 32

FY 2011 IPPS PC PRICER 32

Requisitos reclamación salud en hogar..... 33

Actualización índices HH PPS CY 2011 33

Especificaciones 2011 al I/OCE 34

Dispensa coseguro deducible de RHC..... 34

Problema de reclamaciones RHC 35

Nuevos recursos del MLN..... 35

Hoja informativa sobre IRF PPS...36

'Sole Community Hospital' hoja impresa... 36

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación ...37

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 40

Ordenar materiales de Parte A 48

Contactos Parte A de Puerto Rico49

Parte B

Modificación reclamaciones de Parte B 50

Servicios prestados en el hogar 51

MEDPARD 2011 51

CMS amplía directorio del proveedor..... 52

Actualización 2011 al incentivo de eRx 53

Productos educacionales de eRx..... 54

Productos educacionales PQRS 2011 54

Lista jurisdicción 2011 códigos HCPCS 56

Recordatorio de la iniciativa de no enviar... 68

Mejoras al MREP..... 68

Lista de códigos 2011 HCPCS DMEPOS... 69

Actualización enero 2011 sistema ASC..... 69

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación... 70

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 73

Ordenar materiales de Parte B.....82

Contactos Parte B de Puerto Rico 83

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 3, No. 1
Enero de 2011**

Publication Staff

Elvyn Nieves
Rafael Vallesoto
Terri Drury
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 lo previene de obtenerla de la Internet y ellos nos han devuelto el formulario completo de inscripción. Los formularios de inscripción deben ser enviados anualmente o cuando se experimente un cambio de circunstancias que impacta el acceso electrónico.

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Plan de condición pre-existente – nueva opción de cobertura para quienes carecen de seguro médico

¿Está atendiendo pacientes que carecen de seguro, tienen una condición pre-existente y no pueden obtener seguro médico? En ese caso, un Nuevo programa federal – el plan de condición pre-existente – puede cambiar o salvar la vida de aquellos de sus pacientes que han estado fuera del Mercado de seguro médico debido a su condición de mala salud.

La elegibilidad para este programa, no está basada en el ingreso y aquellos que se inscriben reciben cobertura médica total, pagando lo mismo que aquellos que gozan de buena salud.

Para calificar para el programa, los postulantes deben cumplir el siguiente criterio de admisión:

- Ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos
- Haber estado por lo menos seis meses sin seguro médico, y
- Tener una condición pre-existente o su cobertura rechazada por mala salud.

El plan de seguro médico de condición pre-existente, cubre atención médica, hospital y medicinas recetadas. Todos los beneficios del seguro están a disposición de las personas inscritas – aún si deben ser tratadas por una condición pre-existente. Las primas varían en diferentes estados y la suma que deben desembolsar los inscritos tiene un tope máximo.

Cada estado utiliza métodos diferentes para determinar si una persona que postula al plan tiene una condición pre-existente o si su cobertura médica le ha sido negada debido a mala salud. De esta manera, las personas necesitan averiguar cómo se establece elegibilidad en el estado en que residen. Para más información acerca del plan de condición pre-existente y de cómo postular, visite www.PCIP.gov o llame al 866-717-5826 (TTY: 866-561-1604) de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. ET.

Esperamos que haga saber a sus pacientes y colegas esta importante nueva opción de cobertura médica.

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 201101-30

Validación de ABN para revisión compleja de registro médico

Número de *MLN Matters*: MM6988

Número de petición de cambio relacionado: 6988

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

Fecha de efectividad: 12 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R361PI

Fecha de implementación: 12 de enero de 2011

Resumen

La petición de cambio (CR) 6988 actualiza el Capítulo 3 del *Medicare Program Integrity Manual*, el cual instruye a los contratistas a solicitar notificaciones anticipadas al beneficiario (ABN) cuando se realiza una revisión compleja de registro médico en todas las reclamaciones.

El solicitar los ABN requerido en todas las reclamaciones que atraviesan revisiones médicas complejas y conducen validación de los ABN mandatorios ABN ayudará a asegurar que esa responsabilidad es asignada apropiadamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6988.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6988, 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/R361PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 361, CR 6988

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

Pago para estudios de extensión posterior a aprobación 510k

Número de *MLN Matters*: MM7249
 Número de petición de cambio relacionado: 7249
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 22 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2113CP
 Fecha de implementación: 12 de enero de 2011

Resumen

En el 2004, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) dieron instrucciones a los contratistas sobre el procesamiento de reclamaciones para procedimientos de dispositivo de malla para arteria carótida (carotid artery stenting, CAS) realizados en estudios posteriores a aprobación aprobados por la Food and Drug Administration.

Mientras estos estudios posteriores a aprobación comenzaron su terminación, CMS recibió solicitudes para extender su cobertura. El 12 de mayo de 2006, CMS actualizó el *Medicare Claims Processing Manual* y explicó que los pacientes participantes en estudios de extensión posterior a aprobación también son incluidos en la población cubierta de pacientes participantes en estudios posteriores a aprobación aprobados por la FDA.

El proceso 510k no envuelve un requisito de estudio posterior a aprobación; y CMS recibió solicitudes para incluir, bajo la póliza de cobertura actual, pacientes participantes en estudios que siguieron aprobación 510k de FDA de estos dispositivos.

En respuesta, CMS determinó que los pacientes en estos estudios son elegibles para cobertura bajo la póliza de cobertura actual la cual se hace referencia en la Sección 20.7 en el *Medicare National Coverage Determinations Manual*. CMS ha determinado que la FDA debe revisar todos los estudios de extensión posterior a aprobación a través de su proceso de exención de dispositivo pre investigativo (IDE).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7249.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7249, 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/R2113CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2113, CR 7249

Corrección al manual de terapia de nutrición médica

Número de *MLN Matters*: MM7262
 Número de petición de cambio relacionado: 7262
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2002
 Número de transmisión de CR relacionado: R2127CP
 Fecha de implementación: 29 de marzo de 2011

Resumen

El *Medicare Claims Processing Manual* actualmente define la enfermedad renal como “insuficiencia renal crónica o la condición médica de un beneficiario que ha sido dado de alta de un hospital después de un trasplante renal exitoso dentro de los últimos 6 meses”. La petición de cambio (CR) 7262 corrige esta sección para leer “36 meses”.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7262.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7262, 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/R2127CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2127, CR 7262

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.

Resumen de los cambios clave planteados en el CR 7264

Número de *MLN Matters*: MM7264
 Número de petición de cambio relacionado: 7264
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2129CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

- Resumen de las pólizas en el MPFS 2011
- Provisiones del Affordable Care Act:
 - Eliminación del deducible y coseguro para la mayoría de los servicios preventivos
 - Cobertura de la visita de bienestar anual (AWV) proveyendo un plan de prevención personalizado
 - Pagos de incentivo a los practicantes del cuidado primario para servicios del cuidado primario
 - Pagos de incentivo para procedimientos quirúrgicos mayores en áreas de escasez de profesionales de la salud
 - Revisiones al ajuste geográfico del gasto de práctica
 - Pago para pruebas de densidad ósea
 - Acceso mejorado a servicios de enfermera obstetra certificada

- Códigos “Misvalued” bajo la tarifa fija del médico
- Póliza de reducción de pago de procedimiento múltiple para servicios de terapia
- Modificación del factor y modificación de utilización de equipo de póliza de pago de procedimiento múltiple para servicios de imagen avanzada
- Índice económico de Medicare
- Nuevos y revisados asuntos del código *CPT*:
 - Establecimiento de unidades de valor relativo final interino para el 2011
 - Códigos de completos para un conjunto de servicios de componentes existentes

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7264.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7264, 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/R2129CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2129, CR 7264

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

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

Número de *MLN Matters*: MM7250
 Número de petición de cambio relacionado: 7250
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de enero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2131CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Para Medicare, los conjuntos de códigos de comentarios y de denegación deben ser usados para reportar los ajustes de pago en las transacciones de remesa de pago. Los códigos de denegación también son usados en algunas transacciones de coordinación de beneficios (COB). La lista de código de comentarios de remesa de pago (RARC) es mantenida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y usada por todos los pagadores; adiciones, desactivaciones, y modificaciones a la misma

pueden ser iniciadas por cualquier organización del cuidado de la salud. Las listas RARC y CARC son actualizadas tres veces al año -- en marzo, julio, y noviembre. Ambas listas de código son publicadas en <http://www.wpcedi.com/Codes>. Las listas al final del artículo resumen los últimos cambios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7250.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7250, 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/R2131CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2131, CR 7250

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

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

Número de *MLN Matters*: MM7259
 Número de petición de cambio relacionado: 7259
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2120CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

La ley Health Insurance Portability and Accountability Act, exige a todos los pagadores de beneficios de cuidados de la salud, utilizar solamente los códigos de estatus y de categoría de estatus aprobados por el National Code Maintenance Committee en la solicitud de estatus de reclamaciones del cuidado de la salud X12 276/277 y formato de respuesta adoptado como estándar para uso nacional (004010X093A1).

Estos códigos explican el estatus de las reclamaciones presentadas. No debe utilizarse códigos de propietario para reportar estatus de reclamaciones en el reporte X12 276/277.

Los códigos de estatus y de categoría de estatus para el uso de contratistas de Medicare con la solicitud y

respuesta sobre el estatus de reclamaciones del cuidado de la salud ASC X12N 276/277, fueron actualizados durante la reunión de enero de 2011 del National Code Maintenance Committee. Los cambios de códigos aprobados durante dicha reunión serán dados a conocer alrededor del 1 de marzo de 2011 en, <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>.

Los contratistas de Medicare implementarán estos cambios el 4 de abril de 2011. Todos los proveedores deben asegurarse de que su personal de facturación está al tanto de la actualización de códigos y del plazo para su implementación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7259.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7259, 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/R2120CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2120, CR 7259

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

Nueva página Web de reportes de calidad de LTCH, IRF y servicios paliativos

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado una página Web en apoyo de la Sección 3004 de la Affordable Care Act, Quality Reporting for Long Term Care Hospitals, Inpatient Rehabilitation Hospitals and Hospice Programs. Esta página ha sido creada para que el público pueda ver información y comunicaciones con respecto a la Sección 3004. Se espera que esta página crezca a medida que se obtiene más información. También se ha provisto un enlace a un correo electrónico para comentarios, preguntas o ideas a entregar a CMS en relación a reportes de calidad y Sección 3004.

El enlace al sitio Web es: http://www.cms.gov/QualityInitiativesGenInfo/03_NewQualityReportingProgramsSection3004.asp.

La dirección de correo electrónico es: LTCH-IRF-Hospice-Quality-ReportingComments@cms.gov (puede encontrarse en el sitio Web).

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 201012-25

Están disponibles los archivos de precios de venta de medicinas de enero 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han publicado los archivos de precios y tablas de referencia NOC y ASP de enero de 2011 y ha actualizado los archivos de precios de octubre y julio 2010. Todos ellos están disponibles para ser descargados de Internet, en: <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (ver menú de la izquierda para enlaces a un año específico).

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 201012-26

Incentivos para la adopción de registros médicos electrónicos – la inscripción comienza el 3 de enero

Recursos destacados de ayuda a los proveedores elegibles

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y la Office of the National Coordinator for Health Information Technology (oficina del coordinador nacional para tecnología de información de la salud (ONC)) anunciaron la disponibilidad de inscripción en los programas de incentivo para la adopción de registros médicos electrónicos (EHR) de Medicare y Medicaid. CMS y ONC instaron a una amplia participación y destacaron los recursos en línea y en persona destinados a asistir a los profesionales y hospitales elegibles que deseen participar.

A partir del 3 de enero de 2011, estará disponible la inscripción para los profesionales de la salud y hospitales elegibles que deseen participar en el programa de incentivo EHR de Medicare. Ese día 3 de enero, la inscripción en el programa de incentivo EHR de Medicare estará también disponible en Alaska, Iowa, Kentucky, Louisiana, Oklahoma, Michigan, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee y Texas. En febrero se abrirá la inscripción en California, Missouri y North Dakota. Otros estados harán el lanzamiento del programa de incentivo EHR de Medicare durante la primavera y el verano de 2011.

El administrador de CMS, Donald Berwick, MD, manifestó que: “con el comienzo de la inscripción, estos hitos del programa se están alcanzando y pacientes, proveedores y la nación pueden comenzar a disfrutar los beneficios de la amplia adopción de registros médicos electrónicos”, agregando: “CMS tiene muchos recursos disponibles para ayudar a profesionales y hospitales elegibles, facilitándoles el proceso a partir del 3 de enero en adelante”.

David Blumenthal, MD, MPP, National Coordinator for Health Information Technology dijo que: “es hora de establecer contactos” y agregó: “ONC y CMS han trabajado en conjunto durante muchos meses para preparar este inicio del 3 de enero. La lista *Certified HIT Product List* de ONC, incluye más de 130 sistemas o módulos EHR certificados y es actualizado frecuentemente. ONC también ofrece ayuda práctica disponible a través del país en *62 Regional Extension Centers*. Esperamos continuar trabajando con CMS en la ayuda de los proveedores elegibles, durante 2011 y en los años futuros”.

Los profesionales y hospitales elegibles deben inscribirse para poder participar en los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid. Esto puede hacerse, a partir del 3 de enero de 2011, en un sitio de inscripción mantenido por CMS.

Con la finalidad de prepararse para su inscripción, los proveedores interesados deben primero familiarizarse con los requisitos del programa de incentivo visitando la *official Web page for the Medicare and Medicaid EHR incentive programs*. El sitio provee información general y detallada acerca de estos programas, incluyendo tabulaciones de la ruta de pago, elegibilidad, uso significativo, tecnología EHR certificada y respuesta a las preguntas más frecuentes.

CMS ha anunciado las siguientes fechas de importancia para el primer año del programa de incentivos de Medicare y Medicaid:

- 3 de enero de 2011 – comienza la inscripción al programa de incentivo EHR de Medicare.
- 3 de enero de 2011 – los estados que estén listos pueden lanzar el programa de incentivo para los proveedores de Medicaid.
- Enero de 2011 – algunas agencias estatales comienzan a realizar pagos por incentivo EHR de Medicaid.
- Abril de 2011 – comienza la certificación del programa de incentivos EHR de Medicare.
- Mayo de 2011 – comienza el pago por parte del programa de incentivos EHR de Medicare.
- 3 de Julio de 2011 – último día de plazo para que los hospitales elegibles den comienzo a su período de reporte de 90 días para demostrar el uso significativo del programa de incentivo EHR de Medicare para el año fiscal federal FY 2011.
- 30 de septiembre de 2011 – a media noche finaliza el año fiscal federal FY 2011 para el pago de hospitales elegibles y hospitales de urgencia (CAH).
- 3 de octubre de 2011 – último día de plazo para que los profesionales elegibles den comienzo a su período de reporte de 90 días para demostrar el uso significativo del programa de incentivo EHR de Medicare para el año fiscal federal FY 2011.
- 30 de noviembre de 2011 – último día para que los hospitales elegibles y CAH se inscriban y certifiquen recibir un incentivo de pago por año fiscal federal FY 2011.
- 31 de diciembre de 2011 – finaliza el calendario de pagos de 2011 para profesionales elegibles.

Bajo la Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH), parte de la American Recovery and Reinvestment Act of 2009, los pagos de incentivo de Medicare y Medicaid estarán a disposición de profesionales y hospitales elegibles y hospitales de urgencia (CAH) apenas adopten la tecnología EHR certificada y demuestren el “uso significativo” de esa tecnología, de manera de optimizar la calidad, seguridad y eficiencia de los cuidados centrados en la atención del paciente.

Los profesionales que reúnen los requisitos del programa de incentivo HER, tanto para Medicare como para Medicaid, deben elegir el programa en el que desean participar. No pueden participar en ambos, sin embargo, después de recibido el pago, pueden cambiarse del programa, por una sola vez, antes de 2015. Los hospitales elegibles pueden recibir pago tanto de Medicare como de Medicaid.

Algunos estados lanzarán sus programas de incentivo EHR de Medicaid, a partir del 3 de enero de 2011, pero la mayoría lanzarán sus programas durante primavera y verano. Los proveedores elegibles con preguntas acerca de la fecha de lanzamiento en su estado, deberán informarse en su agencia estatal de Medicaid. Los proveedores elegibles que desean participar en los programas de Medicaid deben iniciar su inscripción en el sitio destinado por CMS, pero

Incentivos para la adopción de registros... (continuación)

deben completar el proceso por intermedio de un sitio de elegibilidad y certificación mantenido por su agencia estatal de Medicaid.

Bajo el programa de incentivo EHR, los profesionales elegibles pueden recibir, en cinco años, hasta US\$44,000 de Medicare. De Medicaid pueden recibir hasta US\$63,750 en seis años. Tanto bajo Medicare como Medicaid los hospitales elegibles pueden recibir millones de dólares por la implementación y uso significativo de la tecnología EHR certificada.

El Dr. Berwick manifestó que “los beneficios de HER son ampliamente reconocidos y el apoyo a los programas de incentivo es fuerte en el campo de cuidados de la salud y entre los legisladores”, agregando: “el cambio de uso de papel a registros electrónicos será un desafío para clínicas y hospitales, pero tanto CMS como ONC han dado los pasos necesarios para facilitar la transición. Nosotros proveemos flexibilidad en la consecución de los requisitos de uso significativo, ambas agencias han llevado a cabo grandes extensiones y tenemos en su lugar los recursos necesarios para ayudar a los proveedores a adquirir la tecnología EHR certificada y cumplir con los requisitos del programa. No se exige inscripción inmediata, pero instamos a los proveedores elegibles a poner su firma tan pronto tengan la tecnología EHR certificada y estén preparados para participar. Estamos aquí para ayudar”.

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 201012-37

Programas de incentivo de registros de salud electrónicos – información sobre inscripción del proveedor

La inscripción comienza el lunes, 3 de enero de 2011 – ¿estás preparado? La nueva página Web de registros de salud electrónicos (EHR) puede ayudar. CMS se complace en anunciar un sitio Web actualizado, reorganizado, y más fácil de usar para los programas de incentivo EHR, todavía localizados en <http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms>. Los aspectos más importantes de esta actualización están descritos en este mensaje.

Exhortamos a los proveedores a inscribirse para los programas de incentivo EHR de Medicare y/o Medicaid tan pronto como sea posible. Usted puede inscribirse antes de que usted tenga un EHR certificado y debe hacerlo aun si usted no tiene un registro de inscripción en PECOS.

- **Hospitales:** Los hospitales que son elegibles para pagos de incentivo EHR bajo Medicare y Medicaid deben seleccionar “Both Medicare and Medicaid” durante el proceso de inscripción, aun si ellos planean aplicar solamente para un pago de incentivo EHR de Medicaid al adoptar, implementar, o actualizar tecnología EHR certificada. Los hospitales elegibles dualmente pueden atestar a través de CMS para sus pagos de incentivo EHR de Medicare en una fecha más tarde, de así desearlo. Es importante para el hospital elegible dualmente el seleccionar “Both Medicare and Medicaid” desde el comienzo de la inscripción para mantener esta opción. Los hospitales que se inscriban solamente para el programa de Medicaid (o solamente el programa Medicare) no serán capaces de cambiar manualmente su inscripción (i.e., cambiar a “Both Medicare and Medicaid” o de un programa al otro) luego de que un pago es iniciado, y esto puede causar retrasos significativos para recibir un pago de incentivo EHR de Medicare.
- **Profesionales elegibles:** Los profesionales elegibles para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid deben seleccionar qué programa de incentivo ellos desean participar cuando se inscriben. Hasta el 2015, un profesional elegible puede intercambiar programas solamente una vez después de que el primer pago de

incentivo es iniciado. La mayoría de los profesionales elegibles maximizarán sus pagos de incentivo al participar en el programa de incentivo EHR de Medicaid.

- **Inscripción:** Aprenda cómo prepararse al momento de inscripción. Aquí también encontrará el enlace de la inscripción comienza el lunes 3 de enero. Información sobre cuando la inscripción estará disponible para los programas de incentivo EHR de Medicaid en estados específicos es publicada en información de estado de Medicaid.

Los aspectos importantes de la actualización Web incluyen:

- **Sendero al pago:** ¿Qué pasos usted debe tomar para recibir un pago de incentivo EHR? Revise esta página para enterarse.
- **Uso significativo:** ¿Qué es “uso significativo?” ¿Cuáles son los criterios para el uso significativo? ¿Cómo cumpla los requisitos de uso significativo? Entérese de las respuestas a estas preguntas y más. La página EHR ahora incluye hojas de especificación de objetivos de uso significativo para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid. Estos traen información crítica sobre cada objetivo para ayudar a los profesionales elegibles y hospitales elegibles de acceso crítico/hospitales entender lo que necesitan hacer para demostrar uso significativo exitosamente.
- **Materiales educacionales:** ¿Desea aprender sobre elegibilidad, pago, y uso significativo? Vea estos productos educacionales para aprender más.
- **Preguntas frecuentes:** ¿Tiene preguntas? Vea estas respuestas a las preguntas frecuentes sobre temas que incluyen elegibilidad, calendario del programa, y uso significativo.

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 201012-43

CMS implementa compra basada en valor para los centros de diálisis

Programa establece estándares de desempeño, penalidades de pago

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final el 29 de diciembre de 2010, que establece estándares de desempeño para los centros de diálisis y provee ajustes de pago a los centros individuales de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) basado en cuán bien ellos cumplen con estos estándares. El programa de incentivo de calidad (QIP) de ESRD está diseñado para promover los servicios de alta calidad de diálisis en los centros de Medicare al enlazar los pagos de CMS directamente al desempeño del centro sobre medidas de calidad.

El Administrador de CMS, Dr. Donald Berwick, elogió el QIP ESRD como “un avance histórico para mejorar la calidad y seguridad del cuidado que los beneficiarios de Medicare reciben mientras están en un tratamiento de diálisis. Puesto que la mayoría de los pacientes con ESRD también son beneficiarios de Medicare, El ESRD QIP es una herramienta especialmente poderosa para transformar el cuidado los centros de diálisis en América.”

Las personas son diagnosticadas con ESRD cuando sus riñones ya no pueden remover el exceso de fluidos y toxinas de su sangre. ESRD puede ser curado solamente con un trasplante de riñón. Los pacientes de ESRD que no han recibido un trasplante dependen de diálisis para la función de filtro que salva sus vidas. Cerca de 350,000 personas en los Estados Unidos están siendo tratadas por ESRD bajo Medicare, a un costo de cerca de \$9 billones cada año.

CMS ha implementado previamente programas en una variedad de escenarios que pagan para reportar medidas de calidad y ha usado su autoridad de demostración para probar si el pago por el desempeño puede mejorar la calidad del cuidado en hospitales y oficinas de médicos. El ESRD QIP toma el próximo paso, implementando un programa de pago por desempeño que puede afectar los pagos a todos los centros de diálisis. También sustenta la transición de los pagos de ESRD a una nueva perspectiva de sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD. Mientras que el ESRD PPS promoverá la provisión eficiente del cuidado a pacientes con ESRD, el ESRD QIP ayudará a asegurar que los centros provean alta calidad y cuidado enfocado al paciente.

El ESRD QIP fue mandado por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) como acompañante al ESRD PPS. En la regla final de ESRD PPS, emitida el 26 de julio de 2010, y publicada el 12 de agosto de 2010, Federal Register, CMS finalizó tres medidas como la medida inicial establecida durante el primer año del programa. Dos de estas medidas están diseñadas para evaluar si los niveles de hemoglobina de los pacientes son mantenidos en un rango aceptable, mientras que la tercera mide la efectividad del tratamiento de diálisis para remover productos de desecho de la sangre de los pacientes. Las tres medidas fueron seleccionadas debido a que ellos representan indicadores importantes de resultados de pacientes y cuidado de calidad.

La regla final emitida hoy establece los estándares ESRD QIP, establece la metodología de puntuación que CMS usará para calificar la calidad de los proveedores del

cuidado de diálisis, y establece una escala para los ajustes de pago basado en el desempeño del centro. CMS evaluará cada centro de diálisis sobre cuán bien su desempeño cumple el estándar para cada medida y calculará la puntuación total de cada centro. La puntuación total máxima de desempeño que un centro puede obtener es 30 (10 puntos por medida). Los centros que no cumplan o excedan los estándares de desempeño estarán sujetos a reducción de pago de hasta dos por ciento dependiendo de cuán lejos su desempeño se aleja de los estándares.

En los próximos años CMS puede añadir medidas de calidad y establecer estándares adicionales de desempeño que los centros necesitarán cumplir para recibir el pago completo para los servicios que ellos prestan a los beneficiarios de Medicare.

El periodo de desempeño bajo el cual los centros serán evaluados en el año de pago (PY) 2010, empezando el 1 de enero de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2010. CMS le ofrecerá a los proveedores y centros la oportunidad de revisar sus puntuaciones y cualquier ajuste de pago resultante antes de publicar las puntuaciones de ESRD QIP y reducciones de pago públicamente. Los ajustes de pago ESRD QIP aplicarán a los pagos bajo el ESRD PPS para los artículos de mantenimiento de diálisis del cuidado ambulatorio y los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare por los centros de ESRD entre el 1 de enero de 2012, y el 31 de diciembre de 2012.

Luego de que las puntuaciones de los centros de ESRD y determinaciones de pago sean finalizadas, CMS le pedirá a cada centro con un certificado PY 2012 notar la Puntuación de Desempeño Total del centro como también su puntuación en cada medida individual. Se le exige a cada centro publicar su certificado en una localización prominente en un área de cuidado del paciente para la duración del año de pago. CMS le pedirá a cada centro con un nuevo certificado anualmente. En adición, CMS publicará en la Internet cada Puntuación de Desempeño Total del centro, como también las puntuaciones que los centros ganaron en las medidas individuales.

“Por más de 30 años, Medicare ha estado monitoreando la calidad para los pacientes con ESRD”, dijo Berwick. “El nuevo ESRD QIP nos permite construir de esa fundación un programa que alinea el pago para el tratamiento de diálisis con los resultados que importan más a los pacientes”.

La regla final fue mostrada en el Federal Register el 5 de enero de 2011, y puede ser encontrada bajo “Special Filings” en: www.ofr.gov/inspection.aspx#special. Para más información, vea www.cms.gov/ESRDQualityImproveInit.

Nota: Más información sobre la regla propuesta, incluyendo las medidas que CMS propone usar en el programa, como también la metodología de puntuación propuesta por CMS, está incluida en una hoja informativa publicada en el sitio Web de CMS en: 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 201101-03

Disponibles ahora los archivos del precio promedio de venta revisados para enero de 2011

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado un archivo de precio ASP revisado de enero de 2011, el cual está disponible para descargar en: <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (vea el menú de la izquierda para enlaces específicos del año).

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

Fuente: CMS PERL 201101-04

Inscripción abierta para los programas de incentivo EHR de Medicare & Medicaid

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) exhortan a los profesionales elegibles, hospitales elegibles, y hospitales de acceso crítico a inscribirse para los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y/o Medicaid tan pronto como sea posible. Usted puede inscribirse antes de tener un EHR certificado. Inscríbase aun si no tiene un registro de inscripción en el sistema de inscripción en línea (provider enrollment, chain and ownership system, PECOS).

La página [registration and attestation](#) en la página Web de EHR ahora contiene lo siguiente:

- Instrucciones para promover un proceso de inscripción sin problemas
- Guías de usuario
- Enlace al sitio de inscripción

Haga clic en los tabs a la izquierda de esta página para más información general sobre los programas de incentivo EHR.

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 201101-13

Primeros pagos emitidos bajo el programa de incentivo EHR de Medicaid

Los primeros pagos bajo el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicaid fueron emitidos por Oklahoma y Kentucky el 5 de enero. Kentucky procesó el pago al hospital de enseñanza de la Universidad de Kentucky, University of Kentucky Healthcare. El primer pago, \$2.86 millones, fue un tercio de la cantidad en general esperada del hospital para participar en el programa. Oklahoma emitió los pagos a dos médicos en el Gastorf Family Clinic of Durant, Okla. por \$21,250 cada uno, por haber adoptado los EHR certificados. Estos pagos de incentivo por la adopción de tecnología EHR certificada son federalmente costeados bajo las provisiones del Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act del American Recovery and Reinvestment Act of 2009.

Para información adicional sobre estas acciones por Oklahoma y Kentucky, visite sus sitios Web en: <http://www.okhca.org/EHR-incentive> y <http://chfs.ky.gov/dms/EHR.htm>.

Para más información sobre los programas de incentivo de registros de salud electrónicos de Medicare y Medicaid, visite el sitio Web de EHR de CMS en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>.

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

Fuente: CMS PERL 201101-19

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.

Publicación en abril de 2011 del conjunto de códigos HCPCS modificados

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar 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/02_HCPCS_Quarterly_Update.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 201101-23

No hay fecha establecida para las modificaciones expandidas de reclamaciones del proveedor que ordena/refiere

Debido a consultas recientes, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están clarificando su póliza sobre modificaciones expandidas de reclamaciones del proveedor que ordena/refiere. CMS no ha decidido todavía cuando comenzará a rechazar reclamaciones si un proveedor que ordena/refiere no tiene un registro en el sistema de inscripción en línea (provider enrollment, chain, and ownership system, PECOS). CMS ofrecerá a los proveedores una notificación anticipada antes de que comiencen los rechazos. Las revisiones recientes a las peticiones de cambio (CR) [6417](#) y [6421](#) requieren que los contratistas administrativos de Medicare (MAC) retrasen las reclamaciones rechazadas hasta recibir instrucciones 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 201101-23

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

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

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

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

Información adicional

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

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

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

Facturación de farmacia para medicamentos provistos subordinados a la supervisión de un médico

Número de *MLN Matters*: MM7109
 Número de petición de cambio relacionado: 7109
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 14 de marzo de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2115CP
 Fecha de implementación: 5 de marzo de 2011

Resumen

Las farmacias pueden facturar a Medicare para ciertas clases de medicamentos, incluyendo:

- Medicamentos inmunosupresores
- Medicamentos orales antieméticos
- Medicamentos orales para el cáncer, y
- Medicamentos administrados a través de cualquier pieza de equipo médico duradero (DME).

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.

TARIFA FIJA

Las reclamaciones para estos medicamentos son generalmente presentadas al contratista administrativo de Medicare (MAC) de equipo médico duradero (DME). Una excepción son las reclamaciones para medicamentos administrados a través de DME implantados, tales como una bomba de infusión implantada. Estas reclamaciones son presentadas al A/B MAC o carrier local.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7109.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7109, 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/R2115CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2115, CR 7109

Modificado el indicador de lugar de servicio para códigos HCPCS G0339 y G0340

El código indicador de precio en el sistema alfanumérico Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), ha sido cambiado de “00” (Servicio no es indicado en forma separada para Parte B) a “13” (precio establecido por contratista de la Parte B de Medicare), para códigos HCPCS G0339 y G0340. Este cambio es efectivo para servicios provistos durante el año calendario (CY) 2006-CY 2010. ❖

Fuente: CMS JSM 11066, 21 de diciembre de 2010

Actualización anual 2011 para tarifas de laboratorio clínico y servicios de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM6991 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6991
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de noviembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2106CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

En conformidad con el Social Security Act y Affordable Care Act, la actualización anual a las tarifas de laboratorio clínico local para el año calendario (CY) 2011 es -1.75 por ciento. La actualización anual a las tarifas de laboratorio clínico local para CY 2011 refleja un ajuste de productividad adicional de múltiples factores como es descrito por el Affordable Care Act. La actualización anual para pagos realizados en una base de cargo razonable para todos los otros servicios de laboratorio para CY 2011 es 0 por ciento.

Este artículo trata los siguientes asuntos:

- Actualización a las tarifas
- Cantidades de pago mínimo nacionales
- Cantidades de limitación nacional (máximo)
- Acceso a los archivos de datos

Actualización anual 2011 para tarifas ... (continuación)

- Comentarios públicos
- Información de precio
- Códigos de panel orientados a enfermedad u órgano
- Mapeo de la información
- Costos de laboratorio sujeto a pago de cargo razonable en CY 2011

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6991.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6991, 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/R2106CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2106, CR 6991

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 tarifa fija DMEPOS para 2011

Número de *MLN Matters*: MM7248

Número de petición de cambio relacionado: 7248

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2118CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El proceso de actualización anual de tarifas fijas de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS), está documentada en el *Medicare Claims Processing Manual*, capítulo 23, Sección 60. Estos cambios están vigentes para DMEPOS provistos a partir del 1 de enero de 2011. Los puntos clave incluyen lo siguiente:

- Actualización de tasas de pago de trabajo de 2011
- Actualización de códigos HCPCS
- Temas específicos de codificación y precio
- Sillas de rueda motorizadas
- Factor de actualización de tarifa fija de 2011
- Cantidades de pago nacional mensual por equipo estacionario de oxígeno durante 2011
- Cantidades de pago por servicio y mantenimiento de ciertos equipos de oxígeno durante 2011
- Temas específicos de facturación

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7248.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7248, 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/R2118CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2118, CR 7248

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 emergencia a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos de 2011

Número de *MLN Matters*: MM7300

Número de petición de cambio relacionado: 7300

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R828OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Resumen de los cambios que impactan a los proveedores

- Actualizaciones y revisiones al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS)
- Physician Payment and Therapy Relief Act of 2010:
 - Medicare and Medicaid Extenders Act (MMEA) of 2010
 - Actualización del pago del médico
 - Extensión del piso de ajuste geográfico de trabajo del médico de Medicare

- Extensión de la añadidura al MPFS de salud mental
- Extensión de las excepciones de proceso para los límites de terapia de Medicare
- Extensión de la moratoria que permitía a laboratorios independientes facturar el componente técnico (TC) de servicios de patología del médico prestados a los pacientes de hospitales
- Actualizaciones de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7300.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7300, 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/R828OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 828, CR 7300

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.

HIPAA

Recordatorio: Implementación de transacciones D.0 y versión 5010 de HIPAA

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) le recuerdan este importante mensaje:

El propósito de este mensaje es comunicar claramente el método que Medicare está utilizando en sus pagos a tarifa fija (FFS) para asegurar el cumplimiento de las disposiciones de las nuevas versiones de Accredited Standards Committee X12 en referencia a Health Insurance Portability and Accountability Act's (HIPAA) y el National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP), con respecto a transacciones de intercambio electrónico de datos (EDI).

Standards Development Organizations ha hecho correcciones a las versiones 5010 y D.0 de ciertas transacciones. Las versiones de errata reemplazan las versiones base para cumplimiento de HIPAA. De acuerdo al *Federal Register* (Vol. 75, No. 197, 13 de octubre de 2010, 62684–62686 [2010–25684] que puede encontrarse en <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/2010-25684.pdf>), el cumplimiento con HIPAA requiere la implementación de las versiones de errata y de base para aquellas transacciones no afectadas por erratas, según la lista a continuación. El cumplimiento con la errata debe estar hecho en la fecha de cumplimiento de la regulación original, en enero de 2012.

Tabla 1. Transacciones afectadas por erratas – lista de versiones base y errata de 5010 y D.0.

Transacciones afectadas por versión de erratas	Versión base	Versión de erratas
270/ 271 Health Care Eligibility Benefit Inquiry and Response	005010X279	005010X279A1
837 Health Care Claim: Professional	005010X222	005010X222A1
837 Health Care Claim: Institutional	005010X223	005010X223A2
999 Implementation Acknowledgment For Health Care Insurance	005010X231	005010X231A1
835 Health Care Claim Payment/Advice	005010X221	005010X221A1
276/277 Status Inquiry and Response	005010X212	N/A

Recordatorio: Implementación de transacciones ... (continuación)

277CA Claim Acknowledgement	005010X214	N/A
National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) version D.0 of the Telecom Standard	D.0	D.0 Abril 2009

Medicare FFS implementará las versiones de errata para cumplir los requisitos de HIPAA. Además, en cumplimiento de las reglamentaciones publicadas (RIN 0938-AM50 de 45 CFR Parte 162), las pruebas de Medicare FFS con asociados externos comenzará en enero de 2011.

Pruebas

En enero de 2011, los contratistas Medicare FFS estarán listos para probar las versiones base de todas las transacciones y en abril de 2011 las versiones de errata 5010/D.0. Los asociados externos deberán contactar sus contratistas locales Medicare FFS para calendarios de pruebas específicos. Para encontrar en contratista Medicare FFS en su estado, ver <http://www.cms.gov/ElectronicBillingEDITrans/> bajo downloads. Para más información sobre protocolos de prueba para 2011, ver http://www.cms.gov/Versions5010andD0/downloads/OE_National_Presentation_12-8-10.pdf.

Producción

Las versiones de errata estarán disponibles en producción de Medicare FFS, en abril de 2011. Las transacciones de errata deben ser probadas antes de ser usadas en producción. Como resultado, Medicare FFS 5010/D.0 transición para pruebas-de-producción, comenzará en abril de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201012-19

Recordatorio: Contacte a su contratista para los programas de pruebas específicas de las transacciones versión 5010 & D.0 de HIPAA

Los contratistas de pago por servicio (FFS) de Medicare estarán listos para probar las versiones base de todas las transacciones en enero de 2011 y las versiones de errata 5010/D.0 en abril de 2011. Los socios comerciales deben contactar a sus contratistas locales de Medicare FFS para los programas de pruebas específicas. Para encontrar a un contratista de Medicare FFS en su estado, visite la sección de “Downloads” en <http://www.cms.gov/ElectronicBillingEDITrans>. Para más información sobre los protocolos de pruebas para 2011, visite http://www.cms.gov/Versions5010andD0/downloads/OE_National_Presentation_12-8-10.pdf.

Solamente las versiones base de las transacciones estarán disponibles para prueba en enero de 2011. Las versiones de errata estarán listas para prueba en abril de 2011. Un socio comercial debe ser probado y aprobado en las versiones de errata antes de ser movido a producción.

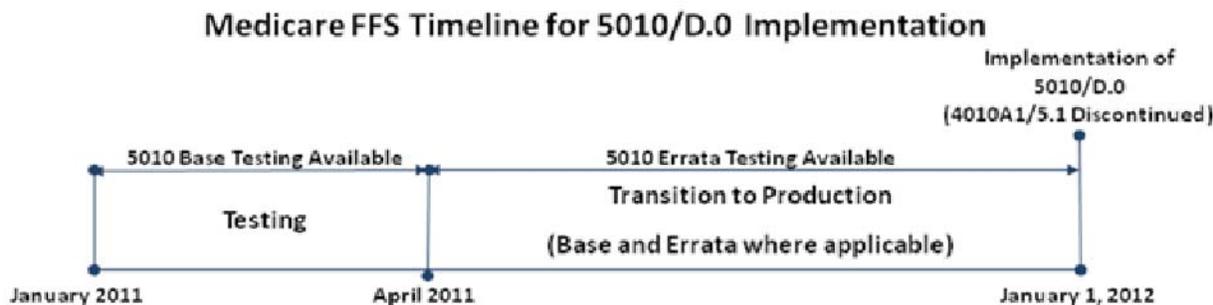
Historial: Las organizaciones desarrolladoras de estándares han hecho correcciones a las versiones 5010 y D.0 de ciertas transacciones. Las versiones de “errata” reemplazan las versiones base para conformidad con HIPAA. La conformidad de HIPAA requerirá la implementación de las versiones de errata y las versiones base para estas transacciones no afectadas por la errata, como se lista a continuación. La fecha de conformidad es enero de 2012.

Tabla 1. Transacciones afectadas por la errata -- lista de las versiones base y errata para 5010 y D.0.

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

Figura 1. Calendario de Medicare FFS para implementación de 5010/D.0: 1) Prueba de las versiones base para comenzar en enero de 2011, 2) Prueba y transición para producción de la versión errata para comenzar en abril de 2011, y 3) Implementación de 5010/D.0 el 1 de enero de 2012.

Recordatorio: Contacte a su contratista ... (continuación)



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 201012-40

Solicitud de revisión de la versión 5010 de ASC X12 adoptada

El 1 de enero de 2012, todas las entidades cubiertas por Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) deben utilizar la versión 5010 de ASC X12 adoptada (versión 5010) como estándar para transacciones electrónicas del cuidado de la salud, conocido como reportes técnicos ASC X12 tipo 3 (TR3) o guías de implementación.

Aún cuando la versión 5010 no ha sido implementada todavía, el trabajo de organización de estándares está avanzando. En este momento ASC X12 está dando a las partes interesadas la oportunidad de revisar y hacer sus comentarios sobre las directivas de implementación de la versión 5010 de la guía de implementación de manera que pueda hacerse modificaciones a la próxima versión – 6020. El aporte de las partes interesadas es considerado crucial para asegurar que los estándares cumplen las necesidades de todos sus usuarios y para el incremento del uso de comercio electrónico en el cuidado de la salud. Se recomienda a todas las partes interesadas presentar recomendaciones para la optimización de X12.

Las solicitudes de revisión y recomendaciones deben ser presentadas por medio del sitio Web de la organización de mantenimiento de estándares designada (DSMO), <http://www.hipaa-dsmo.org>. El plazo para presentar las solicitudes de revisión para ASC X12 005010 TR3 vence el 4 de febrero de 2011. Para que los comentarios puedan

ser considerados en el desarrollo de la versión 6020, es imperativo que sean presentados dentro del plazo. Haga extensiva esta notificación a dentro de su red de contactos y asociados, tan pronto sea posible.

Aún cuando las partes interesadas son instadas a responder los requerimientos de X12 y participar en el proceso de establecimiento de estándares con la mayor intensidad posible, esta notificación no debe ser considerada como una indicación de que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid tengan, en este momento, la intención de adoptar la versión 6020.

Antes de ser adoptadas por HIPAA, las nuevas versiones de estándares deben: completar el procedimiento de votación de la organización de desarrollo de estándares (SDO), ser consideradas por el comité National Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS), y después de todo eso adoptadas a través del proceso de reglamentación de notificaciones y comentarios públicos.

Para más información, visite <http://www.x12.org/TR3ChangeRequest> o <http://www.hipaa-dsmo.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 201012-20

HIPAA 5010 & D.0 – calendario de implementación y recordatorios importantes

Durante la transición de versiones 5010 y D.0., de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), se le recordará periódicamente de temas y fechas que pueden ser de interés para la comunidad de proveedores/suplidores a tarifa fija (FFS) de Medicare. Vea más abajo para enterarse de eventos pasados, actuales y futuros ocurridos o por ocurrir durante este proceso de implementación.

Recordatorios importantes de implementación

Anuncio: 1 de enero de 2011, marca el comienzo del año de transición 5010/D.0.

Evaluación de preparación: *Have you done the following to be ready for 5010/D.0.?*

Evaluación de preparación: *What do you need to have in place to test with your Medicare administrative contactor (MAC)?*

Recordatorio: *5010/D.0. errata requirements and testing schedule can be found here*

Recordatorio: *Contact your MAC for their testing schedule*

Calendario de implementación

Enero de 2011

1 de enero: Comienzo del año de transición

HIPAA 5010 & D.0 -- calendario de implementación ... (continuación)

11 de enero: *Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) 5010 industry readiness update**

19 de enero: *5010 national call -- errata/companion guides*

25-27 de enero: *4th WEDI 5010 and ICD-10 Implementation Forums – Advancing Down the Implementation Highway: Moving Forward with Testing to Attain Implementation**

Próximos eventos

Febrero de 2011

20-24 de febrero: *HIMSS 11th Annual Conference & Exhibition**

Marzo de 2011

30 de marzo: 5010 teleconferencia nacional – examen y preparación del proveedor

Abril de 2011

TBD: sesión de extensión y enseñanza ofrecida por MAC – ¿está listo para el examen?

Mayo de 2011

2-5 de mayo: *20th Annual WEDI National Conference**

25 de mayo: 5010 teleconferencia nacional – el tema será determinado más adelante

Junio de 2011

TBD: día de examen nacional de MAC (para vendedores, casas y servicios de facturación, etc)

Julio de 2011

TBD: sesión de extensión y enseñanza ofrecida por MAC – corrigiendo errores con su MAC

Agosto de 2011

31 de agosto: 5010 teleconferencia nacional – panel de MAC

TBD: día de examen nacional de MAC (para proveedores)

Octubre de 2011

TBD: sesión de extensión y enseñanza ofrecida por MAC (último esfuerzo de implementación)

24-27 de octubre: *WEDI 2011 fall conference**

Diciembre de 2011

31 de diciembre: Fin del año de transición y comienzo del ambiente de producción de 5010

Eventos pasados

Junio de 2010

15 de junio: *5010 national call -- ICD-10/5010 national provider call*

30 de junio: *5010 national call -- 837 institutional claim transaction*

Julio de 2010

28 de julio: *5010 national call -- 276/277 claim status inquiry and response transaction set*

Agosto de 2010

25 de agosto: *5010 national call -- 835 remittance advice transaction*

Septiembre de 2010

27 de septiembre: *5010 national call -- acknowledgement transactions (TA1, 999, 277CA)*

Octubre de 2010

13 de octubre: *5010/D.0. errata requirements and testing schedule released*

27 de octubre: *5010 national call -- NCPDP version D.0. transaction*

Noviembre de 2010

4 de noviembre: *Version 5010 resource card published*

8 de noviembre: *WEDI 2010 fall conference**

17 de noviembre: *5010 national call -- coordination of benefits (COB)*

Diciembre de 2010

8 de diciembre: *5010 national call -- MAC outreach and education activities and transaction-specific testing protocols*

Para información de teleconferencias nacionales más antiguas, visite

5010 national calls section of CMS' versions 5010 & D.0. Web page

* Información acerca de los eventos en los que participa el personal de FFS de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), puede ser aplicada a industria de la salud en su totalidad, aunque sea dirigida a la audiencia FFS 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 201101-32

INFORMACIÓN GENERAL

CMS inicia la encuesta de satisfacción del proveedor para con el contratista de Medicare

Es ese momento nuevamente – es el momento para que usted deje escuchar su voz. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han iniciado su encuesta anual de satisfacción del proveedor para con el contratista de Medicare (MCPSS). Esta encuesta ofrece a los proveedores FFS de Medicare y suplidores una oportunidad de ofrecer sus comentarios sobre sus interacciones con los contratistas FFS de Medicare en siete funciones clave del negocio:

- Consultas del proveedor
- Educación & alcance del proveedor
- Procesamiento de reclamaciones
- Apelaciones
- Inscripción del proveedor
- Revisión médica, y
- Auditoría y reembolso del proveedor.

La encuesta fue enviada a una muestra al azar de aproximadamente 30,000 proveedores FFS y suplidores de Medicare. Aquellos que fueron seleccionados para participar en el MCPSS 2011 fueron notificados en diciembre de 2010. CMS entiende que puede que los proveedores y suplidores no tengan la disponibilidad de responder directamente a la

encuesta, pero pueden tener un miembro del personal que puede actuar como designado para responder de su parte. El que responda puede ser cualquiera dentro de la organización que tenga conocimiento del proceso de reclamaciones de Medicare y es designado a responder al MCPSS.

Si usted es seleccionado para participar, tome el tiempo de completar esta encuesta tan importante. CMS exhorta a los proveedores y suplidores a completar la encuesta en la Internet vía un sitio Web seguro. Otras formas de participación están disponibles por correo, fax o teléfono. No tomará más de 20 minutos. Usted puede responder también por correo, fax, o teléfono.

CMS está escuchando y desea saber de usted.

Para saber más sobre el MCPSS, visite el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/MCPSS>. Si usted tiene preguntas o preocupaciones, llame a nuestro número gratuito de MCPSS Provider Helpline al 1-800-654-1431 o envíe un e-mail a MCPSS_survey@scimetrika.com.

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

Fuente: CMS PERL 2011010-08

Encuesta de satisfacción del proveedor con el contratista de Medicare durante 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean recibir su opinión acerca del contratista que tiene la responsabilidad de procesar y pagar sus reclamaciones FFS de Medicare. CMS ha iniciado las preparaciones para proceder con su encuesta anual de satisfacción del proveedor con el contratista de Medicare (MCPSS). Esta encuesta ofrece a suplidores y proveedores a tarifa fija (FFS) de Medicare, la oportunidad de dar a CMS opiniones acerca de sus interacciones con los contratistas FFS de Medicare en relación a las siete funciones principales del servicio:

- Consultas del proveedor
- Orientación y educación al proveedor
- Procesamiento de reclamaciones
- Apelaciones
- Inscripción del proveedor
- Exámenes médicos
- Auditoría y reembolso al proveedor

La encuesta será enviada a aproximadamente 30,000 suplidores y proveedores de FFS Medicare seleccionados

al azar. Los seleccionados para participar en la MCPSS de 2011, están siendo notificados a partir de mediados de diciembre CMS entiende que tal vez los proveedores y suplidores no tengan el tiempo disponible para responder directamente la encuesta pero puede haber un miembro de su personal habilitado para responder en su nombre. La persona designada para responder la encuesta puede ser alguien dentro de la organización que conozca el procedimiento de reclamaciones de Medicare y sea designado para responder la MCPSS. Tómese el tiempo necesario para completar esta importante encuesta en caso de que esté seleccionado para participar. CMS alienta la participación en la encuesta por medio de un sitio seguro de la Internet. El tiempo necesario es no más que 20 minutos. Otras maneras de participar son por correo, fax o teléfono. Para saber más acerca de MCPSS, visite el sitio Web de CMS <http://www.cms.gov/MCPSS>.

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 201012-18

Nuevas publicaciones del Medicare Learning Network

Las siguientes publicaciones ahora están disponibles en formato impreso del *Medicare Learning Network*[®]. Para realizar su orden, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, busque abajo en su pantalla “Related Links Inside CMS”, y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

- Hospice Payment System (September 2010) – provee información sobre la cobertura de los servicios paliativos, requisitos de certificación, periodos de elección, cómo son establecidos los índices de pago, pagos de coseguro del paciente, límites a los pagos de servicios paliativos, y la opción de servicios paliativos para los enrolados en Medicare Advantage.
- Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (July 2010) – provee información sobre los servicios principales y opcionales de centro de rehabilitación comprensivo del paciente ambulatorio (CORF), requisitos de lugar de tratamiento, plan de rehabilitación de los requisitos del cuidado, 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 201012-21

Hoja informativa sobre dispositivos de medición de glucosa: Requisitos de documentación y cobertura

Medicare Learning Network[®] (MLN) desea recordarle que ha sido producida la hoja informativa Glucose Testing Supplies: Complying with Documentation & Coverage Requirements para educar acerca de los errores relacionados con dispositivos de medición de glucosa detectados por el programa Comprehensive Error Rate Testing (CERT), los que tienen actualmente una de las tasas de error más altas en CERT. Esta hoja informativa incluye una lista de revisión de la documentación necesaria en apoyo de reclamaciones presentadas a Medicare por dispositivos de medición de glucosa y está ahora disponible en formato descargable de Internet en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/GlucSup_DocCvge_FactSheet_ICN905104.pdf. Para recursos adicionales de educación a los proveedores a tarifa fija sobre errores comunes de facturación y otras incorrecciones identificadas por los programas de revisión de reclamaciones de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, incluyendo CERT, visite la página de Internet MLN Provider Compliance Web, en http://www.cms.gov/MLNProducts/45_ProviderCompliance.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 201012-21

Nuevas herramientas para prevención y lucha contra el fraude

Como parte de los constantes esfuerzos de la Administración Obama en la prevención y lucha contra el fraude en el sistema del cuidado de la salud en nuestra nación, Kathleen Sebelius, U.S. Department of Health & Human Services Secretary y el Attorney General Eric Holder, anunciaron el 16 de diciembre que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), van a realizar la adquisición de herramientas analíticas de última generación para evitar pagos dispendiosos y fraudulentos de Medicare, Medicaid y el programa de seguro de salud infantil Children’s Health Insurance Program.

Sebelius y Holder hicieron el anuncio en la Universidad de Massachusetts, en Boston, durante la cuarta cumbre regional sobre prevención del fraude en cuidados e la salud. El Attorney General y la HHS Secretary han recorrido el país este año, reuniéndose ampliamente con beneficiarios y proveedores asociados locales, estatales y federales para debatir maneras innovadoras para eliminar el fraude dentro del sistema del cuidado de la salud dentro de los Estados Unidos.

Como parte de esa cumbre, CMS llamará a una licitación de herramientas analíticas de última generación para ayudar a la agencia a predecir y evitar pagos potencialmente dispendiosos, abusivos o fraudulentos, antes de que éstos ocurran. Estas herramientas van a formar parte de muchos de los programas piloto de la agencia, dentro del programa National Fraud Prevention Program y complementarán el

trabajo conjunto de HHS and Department of Justice Health Care Fraud Prevention y del Enforcement Action Team (HEAT).

La recientemente promulgada Affordable Care Act, provee herramientas y recursos adicionales para la lucha contra el fraude en el sistema de cuidados de la salud, destinando \$350 millones adicionales durante los próximos diez años a través del Health Care Fraud and Abuse Control Account. The Act endurece la sentencia por actividades criminales, optimiza controles y requisitos de inscripción, alienta el aumento del uso compartido de datos dentro del gobierno, aumenta los esfuerzos de recuperación de pagos excesivos y da una mejor visión de los abusos del seguro privado. Para informarse sobre el programa 2009 Health Care Fraud and Abuse Control Program Report, visite <http://www.justice.gov/dag/pubdoc/hcfacreport2009.pdf>.

Para leer el boletín informativo completo emitido por HHS el jueves 16 de diciembre de 2010, visite <http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/12/20101216a.html>.

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

Fuente: CMS PERL 201012-28

Están disponibles las tablas de referencia de versiones 2011 de ICD-10-CM e ICD-10-PCS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado las versiones 2011 de las tablas de referencia de ICD-10-CM e ICD-10-PCS, conocidas formalmente como General Equivalence Mappings (GEM), en el sitio Web de ICD-10: <http://www.cms.gov/ICD10>. Vea en esta página los enlaces a 2011 ICD-10-CM y GEM y 2011 ICD-10-PCS y GEM.

Estos archivos actualizados cumplen totalmente los requisitos de la Sección 10109(c) de la Affordable Care Act of 2010. La Affordable Care Act ha ordenado a la Secretary of Health and Human Services hacer que el comité ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee realice una reunión antes del 1 de enero de 2011, con la finalidad de recibir aportes de las partes interesadas con respecto a las tablas de referencia entre ICD-9-CM e ICD-10 con el propósito de hacer las revisiones apropiadas a dichas tablas de referencia. La Sección 10109(c) requiere además que estas revisiones a las tablas de referencia, sean puestas en el sitio Web de CMS y tratadas como un conjunto de códigos para el cual la secretaría ha adoptado un estándar.

Además, CMS ha publicado ICD-10 GEMs 2011 Version Update, Update Summary. Este documento describe el número de comentarios que recibimos, el tipo de cambios recomendados, los cambios hechos en base a éstos comentarios y los tipos de comentarios no aceptados, indicando el motivo de rechazo.

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 201012-30

Actualización de licitación competitiva DMEPOS

Hay tres actualizaciones que son de interés para la comunidad de proveedores con respecto al programa de licitación competitiva de Medicare de equipos médicos durables, prótesis, ortóticos y repuestos y partes (DMEPOS).

Información enviada a agentes que refieren

El programa de licitación competitiva DMEPOS, entrará en vigencia, el sábado 1 de enero de 2011, para nueve categorías de productos en nueve áreas de licitación (CBA). Cuando el programa se haga efectivo, los beneficiarios originales de Medicare que obtienen artículos dentro de la licitación en CBA, deberán obtener dichos artículos de un suplidor con contrato para obtener pago por parte de Medicare, a menos que sea acreedor a una excepción.

Las nueve categorías son:

- Oxígeno, equipo de oxígeno y repuestos y partes
- Sillas de rueda estándares a motor, motonetas y accesorios relacionados
- Sillas de rueda a motor de rehabilitación compleja y accesorios relacionados (solamente grupo 2)
- Artículo para diabéticos ordenados por correo, repuestos y partes
- Nutrientes intestinales, equipos y repuestos y partes
- Dispositivos de presión de aire positiva continua (CPAP) y dispositivos de ayuda respiratoria (RAD), repuestos, partes y accesorios relacionados
- Camas de hospital y accesorios relacionados
- Andadores y accesorios relacionados
- Superficies de apoyo (colchones de grupo 2 y cubre camas en Miami – Fort Lauderdale – Pompano Beach, solamente en Florida)

Las nueve áreas de licitación competitiva son:

- Charlotte-Gastonia-Concord, NC-SC
- Cincinnati-Middletown, OH-KY-IN
- Cleveland-Elyria-Mentor, OH
- Dallas-Fort Worth-Arlington, TX
- Kansas City, MO-KS
- Miami-Fort Lauderdale-Pompano Beach, FL
- Orlando-Kissimmee, FL
- Pittsburgh, PA
- Riverside-San Bernardino-Ontario, CA

Es de suma importancia que los profesionales de la salud que ordenan artículos incluidos en el programa, entiendan la manera en que éste afectará a sus pacientes de manera tal que Medicare continúe el pago de los servicios con cobertura. Por lo tanto, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están en el proceso de enviar una carta a los agentes que refieren CBA con el fin de recordarles que la fecha de inicio del programa es 1 de enero de 2011. Para los propósitos del programa de licitación DMEPOS de Medicare, “referral agent (agente que refiere)”, incluye entidades tales como proveedores registrados de Medicare, médicos, profesional de la salud tratante, planificadores de altas de alta, trabajadores sociales y farmacéuticos que refieren beneficiarios de servicios CBA. Una copia de esta carta está disponible en el sitio Web de CMS, http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp.

Actualizada herramienta para encontrar suplidores para licitación de DMEPOS

CMS ha actualizado su herramienta en línea para encontrar suplidores, con nuevas características para el nuevo programa de licitación DMEPOS. He aquí la manera de acceder a una lista de suplidores con contrato de licitación DMEPOS para un área de licitación en particular, utilizando la herramienta en línea actualizada para encontrar suplidor:

Actualización de licitación competitiva ... (continuación)

- Visitar <http://www.Medicare.gov/supplier>.
- Ingresar el código ZIP de correo del beneficiario de Medicare y hacer clic en “Submit”.
- Aparecerá una lista de productos, aquellas categorías de producto que tienen un símbolo de estrella al lado, están incluidas en el programa de licitación competitiva.
- Después de seleccionar una categoría de producto en licitación competitiva, hacer clic en “View Results”.
- Aparecerá una página diciendo que usted ha seleccionado una categoría de producto de licitación y con una breve explicación del programa; hacer clic en “Continue”.
- Aparecerá una lista de todas las ubicaciones de suplidores con contrato de Medicare dentro de esa área de licitación.

También puede encontrarse una lista del programa de licitación de Medicare DMEPOS designada por Medicare, en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/01A2_Contract_Supplier_Lists.asp.

DMEPOS Programa de licitación “Hoja informativa de reparaciones y reemplazos”

La “Hoja informativa de reparaciones y reemplazos” del programa de licitación DMEPOS, está disponible, libre de costos, para ser descargada de la Internet, de la *Medicare Learning Network*[®]. Una vez que el programa de licitación DMEPOS haya entrado en vigencia, el sábado 1 de enero de 2011, los beneficiarios originales de Medicare que obtienen artículos dentro de la licitación en CBA, deberán obtener dichos artículos de un suplidor con contrato para obtener pago por parte de Medicare, a menos que sea acreedor a una excepción. Ocurre una excepción cuando un artículo DMEPOS que ya tiene un beneficiario necesita ser reparado.

Esta hoja informativa contiene útil información acerca de la reglamentación del programa de licitación, aplicables cuando un artículo DMEPOS perteneciente a un beneficiario, necesita ser reparado o requiere partes de recambio. Incluye información acerca de cuáles artículos y servicios pueden ser provistos por suplidores sin contrato y cuales códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) pueden ser considerados partes de recambio asociadas con la reparación del equipo base. Para ver la hoja informativa, visite la página DMEPOS Competitive Bidding Educational Resources, en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp, baje a “Downloads” y seleccione “DMEPOS Competitive Bidding Fact Sheets”.

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 201012-29

Recordatorios para aquellos que reciben pago mensual de Medicare por la atención de pacientes ESRD

Recursos destinados a asistir proveedores elegibles

Los recordatorios a continuación son para establecimientos de atención de enfermedad renal en su estado terminal (ESRD), médicos y practicantes que reciben pago mensual de Medicare por la atención de pacientes ESRD, (MCP) que pertenecen a los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para que los beneficiario de ESRD tengan acceso a las medicinas relacionadas con ESRD, a partir del 1 de enero de 2011. Estos requisitos asegurarán que los pacientes reciben sus medicinas y se hace el pago que corresponde por dichas medicinas.

- Los establecimientos de ESRD deben instruir a sus pacientes en el sentido de obtener sus medicamentos relacionados con ESRD de las farmacias que tienen contrato con el establecimiento ESRD, para asegurar que las farmacias obtienen el correspondiente pago de parte del establecimiento de ESRD y que los pacientes reciben sus medicamentos sin obligación financiera alguna.
- Los establecimientos de ESRD deben instruir a sus médicos y practicantes que reciben pago mensual de Medicare por la atención de pacientes ESRD médicos y practicantes que reciben pago mensual de Medicare por la atención de pacientes ESRD (MCP) que instruyan a sus pacientes en el sentido de obtener sus medicamentos relacionados con ESRD de las farmacias que tienen contrato con el establecimiento ESRD para asegurar que las farmacias obtienen el correspondiente pago de parte del establecimiento de ESRD y que los pacientes reciben sus medicamentos.
- MCP debe indicar en una prescripción para un paciente ESRD en caso de que la prescripción **no tenga relación con ESRD**, para asegurar que el pago de esos medicamentos no relacionados con ESRD puede ser hecho bajo Parte D. Los pacientes ESRD pueden obtener cobertura de Parte D, por medicinas prescritas no relacionadas con ESRD, de una farmacia perteneciente a la red o de una farmacia de fuera de la red, de acuerdo a la reglamentación de Parte D.
- Los establecimientos ESRD deben indicar en la reclamación ESRD, cada medicamento relacionado con ESRD (a excepción de los de tasa combinada) provistos a un paciente ESRD ya sea directamente o por medio de una receta despachada en la farmacia.

Recordatorios para aquellos que reciben pago ... (continuación)

- Los establecimientos ESRD deben utilizar el modificador AY en la reclamación ESRD por cada medicamento relacionado con ESRD provisto a un paciente ESRD.
- Los establecimientos ESRD deben instruir a los pacientes de diálisis a domicilio actualmente bajo el método II, acerca de cualquier cambio en los arreglos de insumos de diálisis a domicilio relacionada con ESRD, a partir del 1 de enero de 2011.
- Los establecimientos ESRD deben instruir a los pacientes de diálisis a domicilio actualmente bajo el método II que, a partir del 1 de enero de 2011, los pacientes ya no tienen ninguna obligación financiera para con los proveedores.

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 201012-38

Hoja informativa – Reparaciones y reemplazos del programa de licitación competitiva DMEPOS

El Programa de Licitación Competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) es efectivo el 1 de enero de 2011. Los beneficiarios con Medicare original que obtienen artículos de licitación competitiva en las áreas de licitación competitiva (CBA) deben obtener estos artículos de un suplidor contratado por Medicare para pagar, a menos que aplique una excepción.

La hoja informativa DMEPOS Competitive Bidding Program Repairs and Replacements contiene información de gran ayuda sobre las reglas del Programa de Licitación Competitiva que aplica cuando un artículo DMEPOS propiedad del beneficiario necesita ser reparado o requiere partes de reemplazo. Esto incluye información sobre cuáles artículos y servicios los suplidores no contratados pueden proveer, y qué códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) pueden ser considerados partes de reemplazo asociado con la reparación de equipo base. Para ver la hoja informativa, visite la página de Recursos Educativos de Licitación Competitiva DMEPOS en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp, busque abajo en su pantalla “Downloads” y seleccione “DMEPOS Competitive Bidding Fact Sheets.”

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 201012-44

Recordatorio de enero de la vacuna contra la influenza

La temporada de la influenza está aquí. Aunque los brotes de influenza de temporada pueden ocurrir tan temprano como octubre, usualmente alcanzan el máximo en enero. La vacuna de este año protegerá contra tres virus diferentes de influenza, incluyendo el virus H1N1 que causó mucha enfermedad en la última temporada de influenza. Los riesgos de complicaciones, hospitalizaciones, y muertes por parte de la influenza son más altos entre las personas con edad de 65 años en adelante. Medicare paga por la vacuna de temporada y su administración para las personas mayores y otros con Medicare sin copago o deducible. Los trabajadores del cuidado de la salud, que pueden esparcir la influenza a pacientes de alto riesgo, deben obtener la vacuna también. No olvide inmunizarse usted mismo y a su personal. Proteja a sus pacientes. Proteja a su familia. Protéjase usted mismo. Obtenga la vacuna contra la influenza – no la influenza.

Recordatorio: La vacuna contra la influenza, más su administración, son beneficios cubiertos de Parte B. Tenga en cuenta que la vacuna contra la influenza no es un medicamento cubierto por la Parte D. Para información sobre la cobertura de Medicare de la vacuna contra la influenza y su administración, como también recursos educativos relacionados para los profesionales del cuidado de la salud y su personal, visite 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 201101-12

Nuevas hojas informativas acerca de licitación de DMEPOS

Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Competitive Bidding Program Billing Procedures for Upgrades Fact Sheet (hojas informativas actualizadas sobre procedimientos del programa de licitación de equipos médicos durables, prótesis, ortóticos y repuestos y partes (DMEPOS)) están ahora disponibles para ser descargadas, libre de costos, de la *Medicare Learning Network*[®].

Los beneficiarios originales de Medicare que obtienen artículos que ahora están dentro de las áreas de licitación (CBA), deben obtener estos artículo de parte de un suplidor contratista para que sean pagados por Medicare, a menos que tengan una excepción.

Esta hoja informativa contiene información útil acerca de la reglamentación que se aplica cuando un beneficiario desea obtener una actualización – esto es, un artículo o componente de un artículo que excede las necesidades médicas del beneficiario. Esto incluye información acerca de que suplidor de DMEPOS pueda proveer el artículo, como será pagado, responsabilidad del beneficiario y requisitos de una notificación anticipada al beneficiario (ABN).

Para ver la hoja informativa, visite la página “DMEPOS Competitive Bidding Educational Resources”, en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp. Vaya a Downloads y seleccione DMEPOS Competitive Bidding Fact Sheets.

Hay tres nuevas hojas informativas sobre insumos de terapia de oxígeno, dispositivos de presión positiva de aire y marcapasos cardíacos

Medicare Learning Network[®] ha desarrollado tres nuevas hojas informativas para proveer educación sobre errores de pruebas de tasas de error globales comunes (CERT), en relación con terapia de oxígeno, dispositivos de presión positiva de aire (PAP) y marcapasos cardíacos. Estos productos educacionales están disponibles en formato descargable de la Internet en los URL listados a

continuación:

- Oxygen Therapy Supplies: Complying with Documentation & Coverage Requirements – incluye una lista de revisión de la documentación necesaria en apoyo de las reclamaciones presentadas a Medicare por insumos de terapia de oxígeno. Para más detalles, ir a http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/OxgnThrpy_DocCvg_FactSheet_ICN904883.pdf.
- Cardiac Pacemakers – provee una lista de errores comunes identificados por el procedimiento de revisión CERT y las indicaciones cubiertas para marca pasos de doble cámara. Para más detalles, ir a http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/CERT_Pmaker_FactSheet_ICN905144.pdf.
- Positive Airway Pressure (PAP) Devices: Complying with Documentation & Coverage Requirements – incluye una lista de revisión de la documentación necesaria en apoyo de las reclamaciones presentadas a Medicare por dispositivos PAP. Para más detalles, ir a http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/PAP_DocCvg_FactSheet_ICN905064.pdf.

Para recursos de educación adicionales para los proveedores de servicios a tarifa fija, en cuanto a errores comunes de facturación y otras actividades impropias identificadas por los programas CMS de revisión de reclamaciones, incluyendo CERT, visite la página de Internet MLN Provider Compliance Web, en http://www.cms.gov/MLNProducts/45_ProviderCompliance.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 201101-27

Notificación de tasa de interés para pagos de Medicare mayores o menores de lo que corresponde

La reglamentación de Medicare, 42 CFR sección 405.378 provee por la estimación del interés al máximo del valor actual de la tasa de fondos (uno por ciento para el año 2011) o la tasa del consumidor privado (PCR) según lo establecido por el *Department of the Treasury*.

El *Department of the Treasury* ha notificado al *Department of Health & Human Services*, que el PCR ha sido **cambiado al 11.25 por ciento el 24 de enero de 2011**. Este PCR continuará vigente hasta que sea publicado un nuevo cambio a la tasa. La tabla a continuación muestra una lista de tasas de interés anteriores.

Período	Tasa de interés
24 de enero de 2011 a la fecha	11.25%
22 de octubre de 2010 – 23 de enero de 2011	10.75%
21 de julio – 21 de octubre de 2010	11.00%
23 de abril – 20 de Julio de 2010	10.875%
25 de enero – 22 de abril de 2010	11.25%
22 de octubre de 2009 – 24 de enero de 2010	10.875%
17 de julio – 21 de octubre de 2009	11.25%

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 182, CR 7154

Actualizaciones del manual – instrucciones de facturación de reclamaciones de ambulancia e índices de pago de tarifa fija

Número de *MLN Matters*: MM7018
 Número de petición de cambio relacionado: 7018
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 25 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2124CP
 Fecha de implementación: 25 de enero de 2011

Resumen

El artículo de *MLN Matters* provee actualizaciones a *Medicare Claims Processing Manual* para notar los siguientes cambios:

- Provisiones que extienden varios incrementos de índice de pago de ambulancia recientemente promulgado por el Affordable Care Act of 2010
- Especificar el campo CMS-1500 para reportar el código ZIP del punto de recogida de un viaje en ambulancia

- Reclamación de ambulancia presentada en el formato electrónico 5010 837P a partir del 1 de enero de 2011, deben cumplir con el requisito diagnóstico
- Información de destino de los viajes de ambulancia tripulados serán requeridos en el formato electrónico de reclamación 5010 837P

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7018.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7018, 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/R2124CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2124, CR 7018

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 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7050
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R826OTN
 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/MLN MattersArticles/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/R826OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 826, CR 7050.

Modificadores de reclamaciones utilizados en el programa de licitación DMEPOS

Número de *MLN Matters*: SE1035
 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

Modificadores de reclamaciones utilizados ... (continuación)

Resumen

Bajo el programa de licitación de Medicare Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS)), los beneficiarios originales de Medicare que obtienen artículos dentro de la licitación en áreas de licitación competitiva (CBA), deberán obtener dichos artículos de un suplidor con contrato para obtener pago por parte de Medicare, a menos que sea acreedor a una excepción. La primera fase del programa comenzará el 1 de enero de 2011, en nueve categorías de productos.

Los suplidores deberán presentar reclamaciones para artículos de licitación competitiva utilizando el código de procedimiento apropiado y el modificador de licitación que corresponda, en vigencia durante un período de contrato.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1035.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1035

NCD acerca de cambios al software de actualización de laboratorios

Número de *MLN Matters*: MM7290

Número de petición de cambio relacionado: 7290

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2133CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

El comité de negociación de reglamentaciones de laboratorio, ha preparado determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para servicios de laboratorios de diagnóstico clínico. La reglamentación final fue publicada el 23 de noviembre de 2011.

Se desarrolló un software nacionalmente uniforme y se le incorporó a los sistemas compartidos, de manera que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCD, fueran procesadas de manera uniforme en toda la nación.

La petición de cambio 7290 anuncia modificaciones que resultarán de la publicación de abril del módulo de edición

para determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para laboratorios de diagnóstico clínico. Los cambios que entrarán en vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2011, son los siguientes:

Para conteo de sangre – se agregará el código ICD-9-CM V49.87, a la lista de “Do Not Support Medical Necessity (no es médicamente necesario)”, código ICD-9-CM para conteo de sangre (190.15) NCD.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7290.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7290, 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/R2133CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2133, CR 7290

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

Modificación de tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones correctas cuando efectúa el pago fuera del plazo (i.e., 30 days) establecido para el pago, después de la fecha de recibo de la reclamación. El plazo es también conocido como techo. Por ejemplo, una reclamación correcta recibida el 1 de marzo de 2010, debe ser pagada antes del término del día laborable 31 de marzo de 2010.

La tasa de interés es determinada por la tasa de interés que corresponde el día de pago. Esta tasa es determinada por el *Treasury Department* en una base de seis meses a partir del 1 de enero y julio. Para encontrar la tasa correcta, los proveedores pueden acceder la página Web del *Treasury Department*: <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html>. El período de interés comienza el día después al que corresponde el pago y termina el día en que el pago se hace efectivo.

La nueva tasa de 2.625 por ciento estará vigente hasta el 30 de junio de 2011.

No se paga interés por reclamaciones cuando éstas:

- Requieren investigación externa o elaboración por parte del contratista de Medicare
- No tienen pagos pendientes
- Han sido completamente rechazadas
- Son objeto de pagos parciales al proveedor
- Tienen solicitud de pago anticipado bajo el sistema de pagos prospectivos de servicios médicos a domicilio

Nota: Cuando corresponde, el contratista de Medicare reporta la cantidad de interés aplicado a cada reclamación, en el aviso de remesa al proveedor.

Fuente: Publication 100-04, Chapter 1, Section 80.2.2

Sitios de Internet de terceros: Este documento contiene referencias a sitios de Internet operados por terceros. Tales referencias son provistas solamente para su conveniencia. First Coast Service Options Inc. (FCSO) no tiene control alguno sobre tales sitios y no tiene ninguna responsabilidad por su contenido. La inclusión de estas referencias dentro de este documento no sugiere ningún endoso del material de tales sitios ni asociación alguna con sus operadores. FCSO no puede responsabilizarse por las prácticas de privacidad de otras organizaciones o del contenido de sitios de Internet externos.

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor Febrero-marzo 2011

Transición a HIGLAS (Parte B)

Cuando: 15 de febrero
 Hora: 2:00 p.m.- 3:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Transición a HIGLAS (Parte B)

Cuando: 16 de febrero
 Hora: 2:00 p.m.- 3:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Medifest Virtual 2011 (A/B)

Cuando: 21-25 de febrero
 Hora: 8:00 a.m.-5:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Transición a HIGLAS (Parte B)

Cuando: 3 de marzo
 Hora: 3:00 p.m.- 4:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____
 Título del registrante: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono: _____
 Dirección de e-mail: _____
 Dirección del proveedor: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____

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

FACTURACIÓN

Reporte de unidades de servicio con códigos actuales de terminología de procedimientos

Número de *MLN Matters*: MM7247

Número de petición de cambio relacionado: 7247

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

Fecha de efectividad: 21 de marzo de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2121CP

Fecha de implementación: 21 de marzo de 2011

Resumen

Orden de cambio (CR) 7247 informa a los contratistas de Medicare, que una tabla de códigos de *Current Procedure Terminology (CPT)* indicando el máximo de unidades de limitación ha sido borrada inadvertidamente del capítulo 5, sección 20, del *Medicare Claims Processing Manual*. CR 7247 reinserta dicha tabla. No hay cambios a los procedimientos existentes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7247.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7247, 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/R2121CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2121, CR 7247

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 las disposiciones de seguridad de pago a las agencias de salud a domicilio

Número de *MLN Matters*: MM7256

Número de petición de cambio relacionado: 7256

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R362PI

Fecha de implementación: 1 de enero de 2011

Resumen

Este artículo de *MLN Matters* notifica a las agencias de salud a domicilio (HHA) que la orden de cambio (CR) 7256 exige a los contratistas de Medicare, a implementar las disposiciones de HHA con respecto a: (1) cambios en la propiedad mayoritaria, y (2) capitalización. Estas disposiciones fueron implementadas en la reglamentación final de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), titulada: "CMS-1510-F: Medicare Program; Home Health Prospective Payment System Rate Update for Calendar Year 2011; Changes in Certification Requirements for Home Health Agencies and Hospices".

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

CMS insta a los proveedores a revisar estas nuevas políticas en la sección del artículo *MLN Matters* titulada "What You Need to Know".

CR 7256 también explica que las disposiciones de la sección 27.1, con respecto a desactivaciones de HHA, ha estado vigente desde el 1 de enero de 2010 y está meramente siendo insertada en el *Medicare Program Integrity Manual*, Pub.100-08, capítulo 15.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7256.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7256, 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/R362PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 362, CR 7256

Guía de facturación para las clínicas de salud en zonas rurales y los centros de salud calificados por el gobierno federal

Número de *MLN Matters*: SE1039

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

Históricamente, las instrucciones de facturación de las clínicas de salud en zonas rurales (RHC) y los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) han sido las mismas. Sin embargo, efectivo el 1 de enero de 2011, los requisitos de facturación son diferentes para cada uno de estos tipos de centros de salud.

Un resumen de los requisitos de facturación para cada centro que usted necesita saber cuando presenta reclamaciones para los RHC o FQHC es detallado en la edición especial del artículo de *MLN Matters*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1039.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1039

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.



HOSPITAL

Cálculos de transferencia post-gravedad

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han descubierto un error en el cálculo de “POST ACUTE TRANSFER” del año fiscal (FY) 2009 en el sistema PRICER de pagos prospectivos (IN PPS) de computadora personal (PC). PRICER ha sido actualizado para corregir este problema. Si usted utiliza FY 2009 IN PPS PC PRICER, acceda la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y descargue la última versión de PC PRICER. La fecha de actualización es el 22 de diciembre 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 201012-34

ANPRM – manera en que debe aplicarse en hospitales especializados y pacientes hospitalizados

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado una notificación anticipada de la reglamentación propuesta (ANPRM) solicitando comentarios públicos acerca de la necesidad de revisar la notificación de la política actual de CMS de la reglamentación propuesta sobre la manera en que debe aplicarse la ley de tratamiento médico de emergencia y parto (EMTALA), para los hospitales especializados y pacientes hospitalizados.

Se ha llevado a los tribunales de justicia, varios casos que implican la manera en que EMTALA se aplica a pacientes hospitalizados. Algunos tribunales han determinado que EMTALA debe hacerse extensiva a las personas más allá de su admisión como paciente de hospital, en tanto que otros tribunales han determinado que las obligaciones de un hospital bajo EMTALA finalizan en el momento en que el hospital admite esa persona como paciente hospitalizado en el establecimiento. Más recientemente, una corte de apelaciones concluyó que las obligaciones de un hospital bajo EMTALA continúan hasta que los condiciones del enfermo grave sean estabilizadas, sin considerar si el estatus de la persona afectada es de paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.

Como resultado de las decisiones divididas de los tribunales, se ha considerado la posibilidad de que la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos tome cartas en el asunto de la manera en que debe aplicarse EMTALA en el caso de pacientes hospitalizados. El asistente del fiscal general tomó con la Corte Suprema el compromiso de que CMS prepararía, durante 2010, una solicitud de discusión de EMTALA y la manera en que debe aplicarse en el caso de paciente hospitalizado.

El propósito de esta ANPRM es solicitar comentarios públicos acerca de la necesidad de revisar la notificación de la política actual de CMS de la reglamentación propuesta sobre la manera en que debe aplicarse la ley de tratamiento

ANPRM - manera en que debe aplicarse en hospitales... (continuación)

médico de emergencia y parto (EMTALA), para los hospitales especializados y pacientes hospitalizados. Estas políticas fueron discutidas respectivamente, el 9 de septiembre de 2003, en la reglamentación final acerca de EMTALA y en la reglamentación de pagos prospectivos por paciente hospitalizado, el 19 de agosto de 2008

En ANPRM, CMS provee antecedentes históricos acerca de las reglamentaciones de CMS en relación a la manera en que se aplica EMTALA para pacientes hospitalizados y las responsabilidades de los hospitales especializados. CMS revisa las recomendaciones de del grupo de consejería técnica de EMTALA con respecto a las responsabilidades de hospitales especializados y toma nota de los casos llevados a los tribunales con respecto a la manera en que debe aplicarse EMTALA a pacientes hospitalizados.

CMS también solicita comentarios del público en general, acerca de los temas siguientes:

- Ejemplos reales que demuestren el beneficio de revisar estas políticas específicas dentro de EMTALA
- Ejemplos de situaciones en las que un paciente con una condición médica de emergencia haya sido transferido a otro establecimiento, aún cuando el hospital que origina la transferencia tenga las instalaciones y capacidad suficiente para tratar esa determinada condición médica del paciente, y
- Comentarios acerca de la declaración de CMS en la reglamentación final del año fiscal 2009, en el caso de de que un hospital especializado aceptara la transferencia de un paciente con una condición de emergencia médicamente inestable no tendría obligación de EMTALA. CMS está particularmente interesado en ejemplos de instancias en que un paciente con una condición de emergencia médicamente inestable (EMC), haya sido admitido como paciente hospitalizado, mientras continuaba teniendo un EMC inestable que precisaba los servicios de hospital especializado que rehusaba aceptar la transferencia del paciente debido a que la política actual no obliga la aceptación de este tipo de paciente por parte de un hospital especializado.

Los comentarios sobre ANPRM deben ser hechos llegar a más tardar el 22 de febrero de 2011 a las 5:00 p.m. ET. Hay disponible una copia de la reglamentación en <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/2010-32267.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 201012-39

Nuevo programa de compras para hospitales en base a calidad

El programa de compras para hospitales en base a calidad de CMS promocionará la atención médica de alta calidad en hospitales de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han propuesto una reglamentación que establecerá un nuevo programa de compras para hospitales en base a calidad, el que recompensaría a los hospitales que proveen cuidados seguros y de alta calidad a los pacientes. Bajo este programa, los hospitales que obtengan buenas calificaciones de calidad, relativas tanto al proceso de atención clínica como a la percepción del paciente sobre dichas atenciones o aquellos que están progresando y mejorando estas calificaciones, recibirán un pago mayor bajo el programa.

El administrador de CMS, Donald Berwick, MD, manifestó que: “La propuesta de hoy es un gran avance en la optimización de la calidad y seguridad de los hospitales de Norteamérica, no solo para los beneficiarios de Medicare sino que para todos los norteamericanos”, agregando “el programa de compra para hospitales en base a calidad, recompensará los hospitales que proveen cuidados seguros y de alta calidad a los pacientes y mejoran las experiencias de cuidados de los pacientes a la vez que al reducir los errores médicos los hacen más seguros”.

El programa de compras para hospitales en base a calidad, que estará en vigencia a partir del año fiscal (FY) 2013, para los pagos por dadas de alta ocurridas a partir del 1 de octubre de 2012, pagará incentivos a los hospitales de urgencia en base a calidad, considerando la manera en que los hospitales se desempeñan en cuanto a mediciones de calidad determinadas o de cuanto progresa su desempeño con respecto a dichas mediciones durante un período de

tiempo determinado. Mientras mejor sea el desempeño o progreso en el desempeño durante un año fiscal, mayor será el pago de incentivo para ese año.

El programa, que fue impuesto por el Affordable Care Act, se aplicará a los pagos de Medicare bajo el sistema de pago prospectivo por paciente hospitalizado (IPPS) en más de 3,000 hospitales de urgencia. Los incentivos serán financiados por una reducción en los pagos por dadas de alta de los grupos que operan en base a diagnóstico (DRG), lo que por estatuto será de uno por ciento en el año fiscal FY 2013, elevándose al dos por ciento en FY 2017. El programa de compras para hospitales en base a calidad, es una de las múltiples reformas que están cambiando de manera dramática, la manera en que Medicare le paga a los hospitales. Otros cambios que van en incremento de la relación del pago con la eficiencia en la atención del hospital para con el paciente, incluyen incentivo por la utilización de registros médicos electrónicos, pagos en base al ajuste de las tasas de enfermedades adquiridas en el hospital y tasas de re-ingreso.

Esto será una parte permanente de IPPS y hará posible que todos los hospitales pagados bajo IPPS reciban pago de incentivo en base a calidad del servicio.

CMS ha estado, desde 2004, año en que se dio inicio al programa de reporte de calidad de la atención del paciente hospitalizado (IQR), recopilando información voluntaria de los hospitales de urgencia, sobre calidad de atención y percepción de la atención recibida, por parte del paciente. El programa IQR fue autorizado por la Sección 501(b) del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 y modificada por la Sección

Nuevo programa de compras para hospitales... (continuación)

5001(b) del Deficit Reduction Act of 2005. En años recientes, una vasta mayoría de hospitales ha elegido participar en el programa, con la finalidad de tener derecho al incremento del porcentaje anual completo, como resultado de la legislación que exige a Medicare reducir el incremento anual del porcentaje a los hospitales que no participan en el programa. Más del 95 por ciento de los hospitales han participado exitosamente en el programa IQR, anteriormente conocido como reporte de datos de calidad de atención de hospitales para la actualización anual del pago (RHQDAPU), recibiendo la totalidad del porcentaje de incremento anual todos los años desde que el programa entró en vigencia.

El administrador de CMS, Donald Berwick, MD, dijo que: “la propuesta de pago de incentivo en base a calidad del servicio provisto por el hospital se extiende sobre el tan esperado programa de pago-según-reporte de CMS para recompensar a los hospitales, no ya por reportar los datos, sino que por el resultado de estos datos”, agregando “reubicando a Medicare de la posición de observador de compra basada en calidad a la de llegar a ser una fuerza modeladora en la prosecución de la calidad misma”.

CMS ha aceptado comentarios sobre la reglamentación propuesta del programa de compras para hospitales en base a calidad, hasta el 8 de marzo de 2011, y los responderá en una reglamentación final que será promulgada el próximo año.

La reglamentación propuesta ha sido publicada por el Federal Register y puede encontrarse bajo Special Filings en: www.ofr.gov/inspection.aspx#special. Para más información, ver: www.cms.gov/hospitalqualityinits.

Nota: Más información sobre la reglamentación propuesta, incluyendo las medidas a ser utilizadas en el programa, propuestas por CMS, tal como la metodología de puntaje, se encuentran en la hoja informativa puesta por CMS en su página Web: 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 201101-25

Sitios de Internet de terceros: Este documento contiene referencias a sitios de Internet operados por terceros. Tales referencias son provistas solamente para su conveniencia. First Coast Service Options Inc. (FCSO) no tiene control alguno sobre tales sitios y no tiene ninguna responsabilidad por su contenido. La inclusión de estas referencias dentro de este documento no sugiere ningún endoso del material de tales sitios ni asociación alguna con sus operadores. FCSO no puede responsabilizarse por las prácticas de privacidad de otras organizaciones o del contenido de sitios de Internet externos.

Ampliación de revisiones de reclamaciones de hospitales de urgencia

Número de *MLN Matters*: MM7046 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7046
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R822OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Actualmente, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) no tienen la capacidad de identificar los códigos de especialidad asociados con el proveedor médico u otro profesional de la salud que están en un estatus aprobado en los archivos del sistema de inscripción del proveedor (PECOS), cuando una reclamación es presentada por un hospital de urgencia (CAH).

En este documento, la palabra “claim (reclamación)”, se refiere al documento tanto electrónico como impreso. A continuación hay una lista de los únicos médicos y otros profesionales de la salud en los archivos iniciales y nocturnos de PECOS. Una orden de cambio futura, se referirá al recibo de los archivos PECOS de todos los médicos y otros profesionales de la salud con estatus de aprobado:

- Doctor en medicina u osteópata
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina podiátrica

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.

- Optometrista
- Quiropráctico
- Asistente médico
- Enfermera clínica especialista certificada
- Enfermera practicante
- Psicólogo clínico
- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador(a) social clínica(o) registrado(a)

La legislación de la Affordable Care Act, exige a Medicare identificar los códigos de especialidad de ciertos médicos y otros profesionales de la salud, para hacer pago de incentivos que dependen del código de especialidad y código HCPCS.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7046, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R822OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 822, CR 7046

PAGOS PROSPECTIVOS

Actualización del sistema de pagos prospectivos PC PRICER para el año fiscal 2010

Se han detectado errores en el cálculo de “POST ACUTE TRANSFER (transferencia post-gravedad)” en PPS PC PRICER de paciente hospitalizado del año fiscal (FY) 2010. PRICER ha sido actualizado para corregir este problema. Si usted usa PPS PC PRICER FY 2010 para paciente hospitalizado, vaya a la página de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS): http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y baje la última versión de PC PRICER. Note que hay dos PRICER para FY 2010: Uno es para reclamaciones con fecha 1 de octubre de 2009 al 31 de marzo de 2010 y la otra, para reclamaciones del 1 de abril al 30 de septiembre de 2010. Ambos módulos han sido cambiados. La fecha de actualización es 15 de diciembre 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 201012-27

Año calendario 2011, actualización del archivo PRICER del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio

La página Web del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) PRICER ha sido actualizada con nuevos archivos de pago para la actualización 2011 del OPSS, como es especificado en la petición de cambio (CR) 7271. Los archivos están listos para ser descargados en la sección “1st Quarter 2011 Files” de la página Web OPSS PRICER en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp>. Si usted utiliza los archivos OPSS PRICER, vaya a esta página y descargue los archivos arriba.

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 201101-05

Sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado PC PRICER

El sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS) de computadora personal (PC) PRICER necesitaba modificación de lógica para corrección de fecha para el año de pago (RY) 2011 y ha sido actualizado en la página Web de CMS para las fechas de reclamación del 1 de octubre de 2010, al 30 de junio de 2011. Si usted utiliza el IPF PPS PC PRICER para RY 2011, vaya a http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp y descargue la última versión de los IPF PPS RY 2011 PC PRICER, publicados el 13 de enero, 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 201101-34

FY 2011 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PC PRICER

El año fiscal (FY) 2011 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado con fecha corregida de lógica modificada. El PC PRICER está listo 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 los IRF PPS PC PRICER, vaya a la página arriba y descargue la última versión del 2011 PRICER — publicada el 14 de enero, 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 201101-35

Nuevos requisitos de reporte en la reclamación de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM7182

Número de petición de cambio relacionado: 7182

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 diciembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R824OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Medicare realiza pagos bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS) generalmente en la base de un estándar nacional de índice de pago de episodio de 60 días que incluye las seis disciplinas de salud en el hogar (enfermería especializada, ayuda de salud en el hogar, terapia física, patología del habla, terapia ocupacional, y servicios sociales médicos); y ajustar el pago para el caso mixto aplicable e índice de salario.

En su reporte de marzo de 2009, el Medicare Advisory Payment Commission (MedPAC) recomendó que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) mejorarán el HH PPS para mitigar vulnerabilidades. En el reporte de marzo de 2010, MedPAC sugirió que el caso mixto HH PPS de pesas necesitaba ajuste.

Para que CMS reúna más información específica sobre la clase de servicios provistos a pacientes de salud en el hogar, algunos de los cambios incluyen:

- Revisar las descripciones actuales para códigos G existentes para terapeutas físicos (G0151), terapeutas ocupacionales (G0152), y patólogos del habla (G0153), para incluir en las descripciones que son destinados

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.

para el reporte de servicios provistos por un terapeuta físico u ocupacional calificado o patólogo del habla.

- Añadir dos códigos G nuevos (G0157 y G0158) para el reporte de servicios de terapia física y terapia ocupacional provistos por asistentes de terapia calificados.
- El añadir y requerir tres códigos G nuevos para el reporte del establecimiento o entrega de programas de mantenimiento de terapia por terapeutas calificados.
- Revisar la definición actual para el código G existente para servicios de enfermería especializada (G0154), y requerir a las agencias de salud en el hogar (HHA) el uso de G0154 solamente para el reporte del cuidado directo de enfermería especializada al paciente por una enfermera licenciada (enfermera práctica licenciada o enfermera registrada).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7182.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7182, 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/R824OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 824, CR 7182

Actualización a los índices de HH PPS para el año calendario 2011

Número de *MLN Matters*: MM7253

Número de petición de cambio relacionado: 7253

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2116CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

La Sección 1895 (b)(3)(B)(v) del Social Security Act (el Acta) provee que los pagos de salud en el hogar de Medicare sean actualizados por el porcentaje de aumento aplicable de la bolsa del mercado para el CY 2011. El porcentaje de aumento aplicable de la bolsa del mercado para el CY 2011 es de 2.1 por ciento. Sin embargo, luego de reducirlo en 1 punto de porcentaje como es exigido por el Affordable Care Act, la actualización de la bolsa del mercado para HH para el CY 2011 viene a ser 1.1 por ciento.

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

La Sección 1895 (b)(3)(B)(v) del Acta también exige que las agencias de salud en el hogar (HAA) reporten datos de calidad como es determinado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Los HHA que no reporten los datos de calidad requeridos recibirán una reducción del 2 por ciento al incremento de porcentaje de la bolsa del mercado de salud en el hogar de -0.9 por ciento para el CY 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7253.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7253, 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/R2116CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2116, CR 7253

Especificaciones de 2011 al editor de códigos ambulatorios integrados versión 12.0

Número de *MLN Matters*: MM7252

Número de petición de cambio relacionado: 7252

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2114CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Un resumen de los cambios de enero de 2011 está incluido dentro del “Attachment A” de la petición de cambio (CR) 7252 y enfatiza en los siguientes puntos clave:

- Efectivo el 20 de abril de 2010, Medicare añadirá un nuevo modificador relacionado al derrame de petróleo del Golfo “CS” para validar la lista modificadora
- Efectivo el 25 de agosto de 2010, Medicare cambiará la fecha de aprobación de la determinación nacional de cobertura (NCD) de mediados de trimestre para los códigos C9801 y C9802
- Efectivo el 1 de enero de 2011, Medicare:
 - Modificará la lógica del programa de hospitalización parcial (PHP)
 - Modificará la lógica de salud mental
 - Para un grupo especificado de códigos de servicios auxiliares, cambiará el indicador de estatus (SI) Q[#] a “N” si está presente en la misma fecha de servicio como 99291 (cuidado crítico); de otra forma, cambia el Q[#] SI al estándar SI y APC para el código especificado
 - Extenderá el uso del modificador FB a procedimientos de medicina nuclear
 - Realizará cambios HCPCS/APC/SI (archivos de cambio de datos) como es definido en los apéndices al CR 7252
 - Añadirá nuevos modificadores AY, AZ, DA, GU, NB, y PT a la lista válida de modificadores

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7252.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7252, 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/R2114CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2114, CR 7252

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

SALUD EN ZONAS RURALES

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

Número de *MLN Matters*: MM7208 - Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7208

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2122CP

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

Dispensa de coseguro y deducible ... (continuación)

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/R595OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2122, 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.

Problema de procesamiento de reclamaciones con dispensa de deducible y coseguro en clínicas rurales de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema en el reporte de códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de servicios preventivos recomendados por la United States Preventive Services Task Force (USPSTF), con grado A o B, en reclamaciones de clínicas rurales (71x), para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011. Toda vez que las líneas adicionales de ingreso no se pagan por separado, los contratistas han recibido instrucciones en sentido de transferir los cargos asociados con estas líneas de ingreso al campo noncovered (sin-cobertura) y suprimir el código de motivo de rechazo 31577. Esto permitirá que continúe el procesamiento de la reclamación y evitará retrasos de pago. Después de implementada la orden de cambio (CR) 7208, transmisión 2122, el 4 de abril de 2011, los contratistas deberán ajustar estas reclamaciones en forma masiva, para asegurar que los cargos están considerados cubiertos. Los proveedores no deberán intentar volver a presentar las reclamaciones afectada, toda vez que su intermediario fiscal o contratista administrativo de Medicare dará comienzo a los ajustes con solamente el propósito de corregir estos cargos. Los proveedores deberán anticipar el comienzo de estos ajustes dentro de 30 días corridos después de la implementación del CR 7208.

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 201012-32

INFORMACIÓN GENERAL

Nuevos recursos del Medicare Learning Network

Guía Web — “Suite of Products and Resources for Inpatient Hospitals”

Una nueva guía Web educacional está ahora disponible en el *Medicare Learning Network*®. El Suite of Products and Resources for Inpatient Hospitals provee a los proveedores de Medicare Parte A con un entendimiento de los varios índices de sistema de pagos prospectivos (PPS) y criterios de clasificación para reembolso a los hospitales del cuidado intensivo, agencias de salud en el hogar, hospicio, hospital ambulatorio, centros psiquiátricos del paciente hospitalizado, centros de rehabilitación del paciente hospitalizado, hospitales del cuidado a largo plazo, y centro de enfermería especializada (SNF). También provee a los profesionales de gerencia de oficina con productos de facturación y codificación precisos, oportunos, y fácil de entender y productos de codificación como también información para ayudar a entender y coordinar la radicación de reclamaciones. Este producto es sugerido para todos los proveedores de hospitales del paciente hospitalizado de pago por servicio de Medicare y está disponible en formato para descargar en http://www.cms.gov/MLNEdWebGuide/45_MLN_Suite_of_Products_and_Resources_for_Inpatient_Hospitals.asp.

Nuevos recursos del Medicare Learning Network (continuación)

Hoja informativa — sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS)

La publicación revisada titulada *Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System* (agosto 2010) está ahora disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network*[®]. Esta hoja informativa provee información sobre los índices de sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS), criterio de clasificación, y criterios razonables y necesarios. Para ordenar, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, busque abajo en su pantalla “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

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

Fuente: CMS PERL 201012-44

Hoja informativa revisada ‘Sole Community Hospital’ disponible en formato impreso

La hoja informativa revisada titulada “Sole Community Hospital” (octubre de 2010), el cual provee información sobre los criterios de clasificación del hospital único de la comunidad (SCH) y pagos SCH, está ahora disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network*[®]. Para ordenar, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, busque abajo en su pantalla “Related Links Inside CMS”, y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

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

Fuente: CMS PERL 201101-31

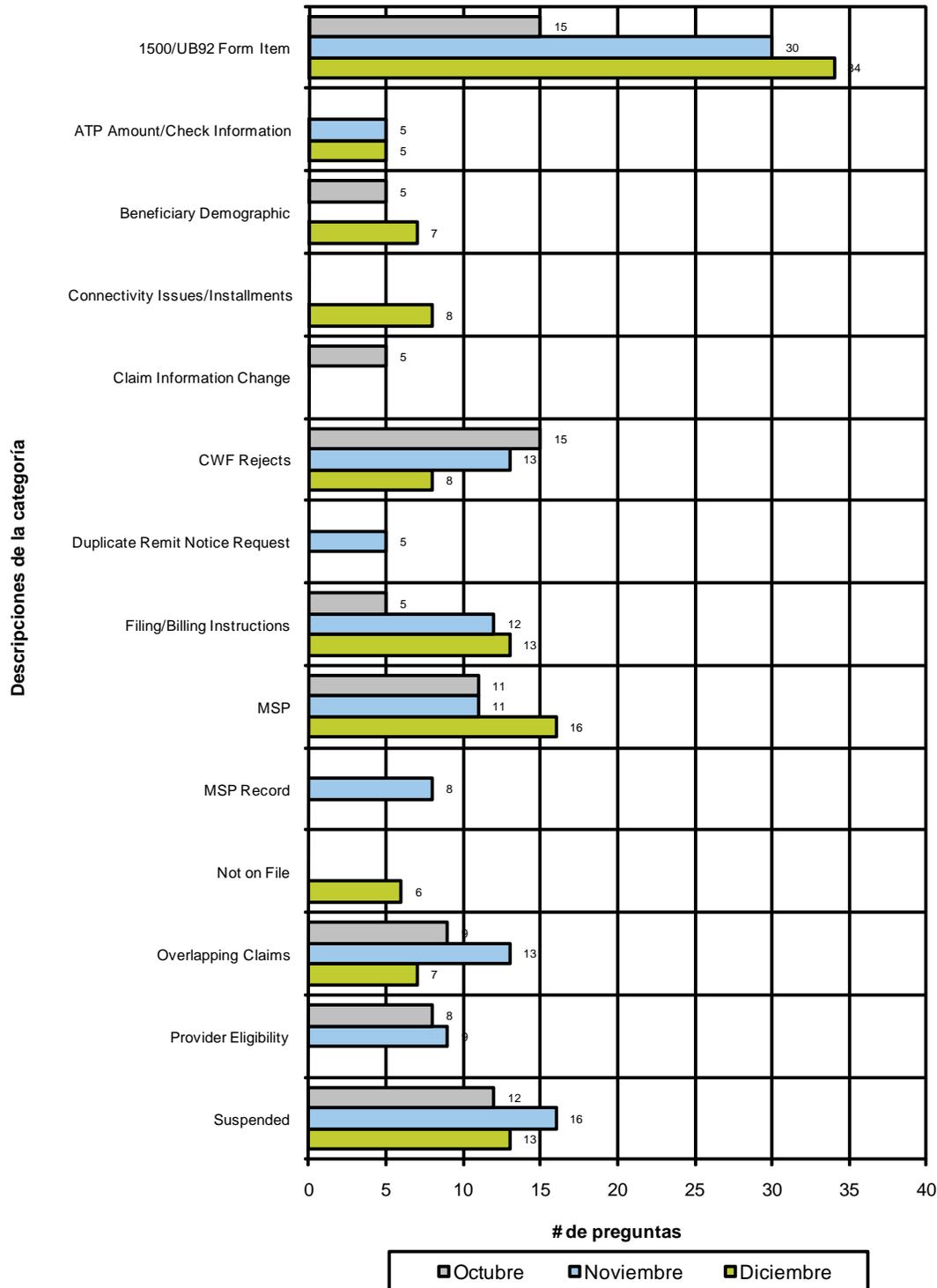
Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

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

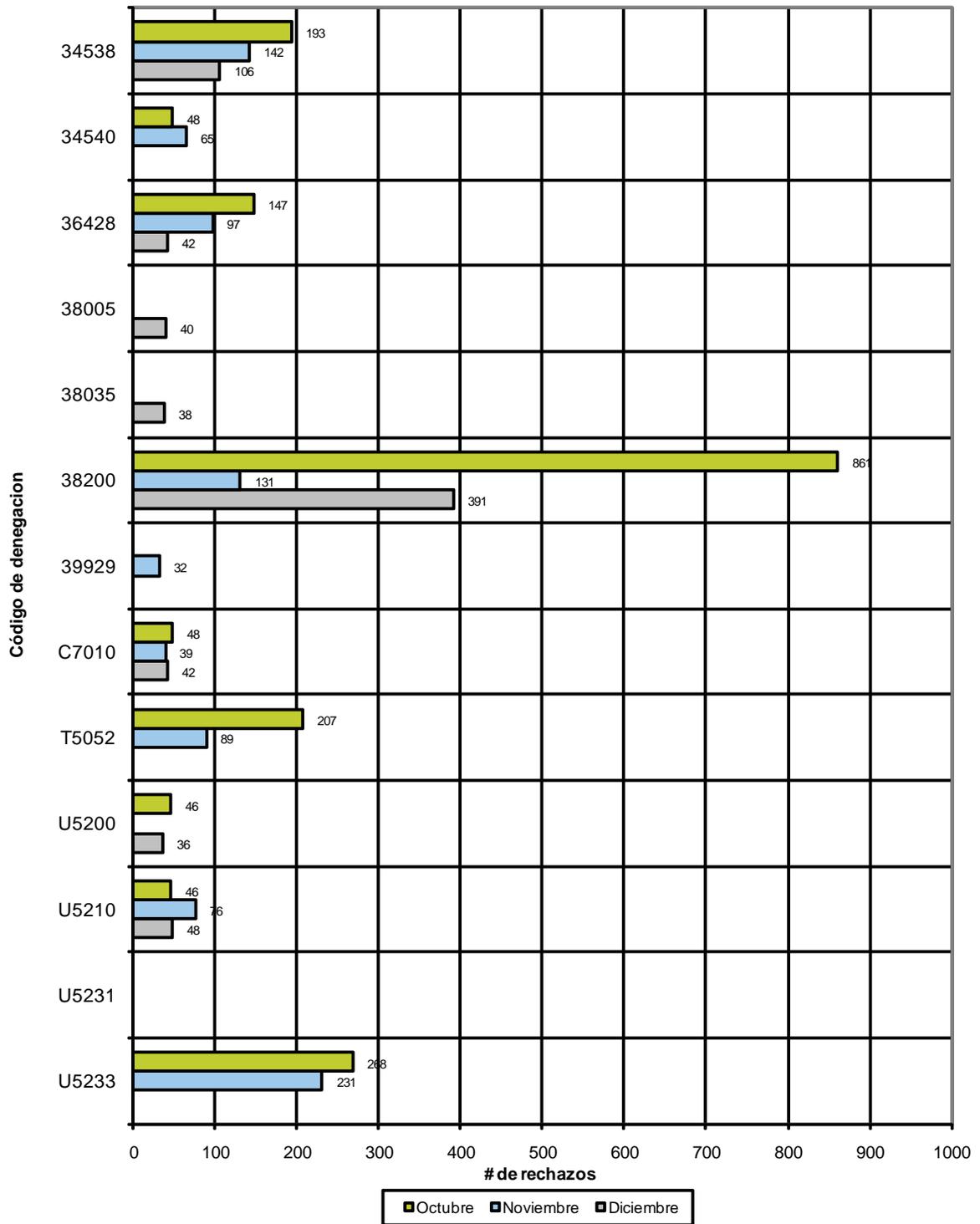
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de octubre-diciembre de 2010. Para consejos y recursos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



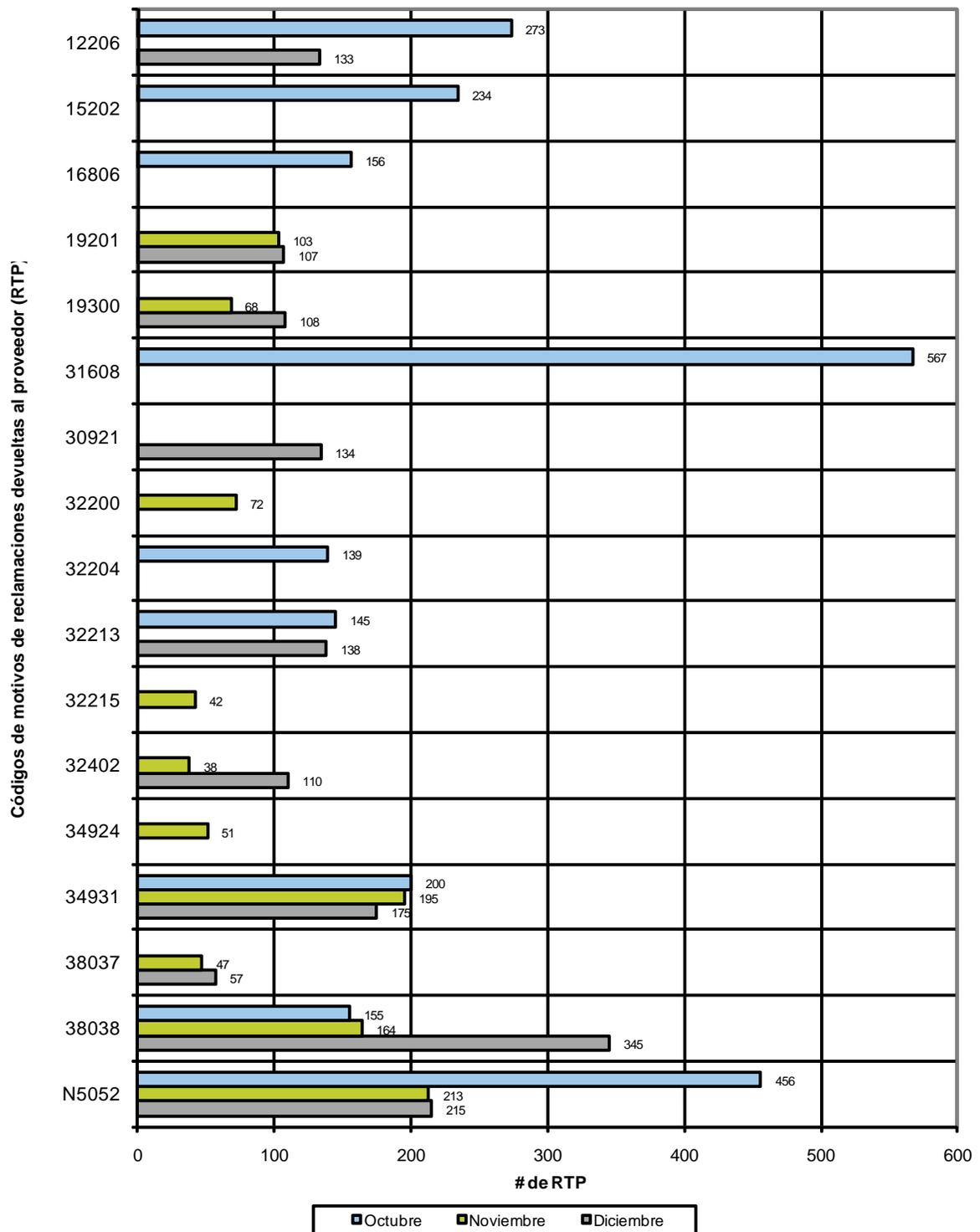
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

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



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

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

Nueva LCD

A77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinoma.....41

Revisiones a las LCD Existentes

A11000: Wound debridement services.....42

A72141: Magnetic resonance imaging of the spine.....42

A92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI).....43

A92250: Fundus photography43

AJ9010: Alemtuzumab (Campath®).....44

AJ9181: Etoposide (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16).....44

ANCSVCS: Noncovered services.....45

Información Médica Adicional

Cambios a la determinación local de cobertura de 2011 HCPCS 45

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).

*Nueva LCD***A77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas – nueva LCD****Identificador de LCD: L31512 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Existen varias opciones de tratamiento para “basal cell carcinoma” (BCC) y “squamous cell carcinoma” (SCC) de la piel incluyendo excisión quirúrgica y terapia de radiación. Esta determinación local de cobertura (LCD) se enfocará solamente en la terapia de radiación (RT) para “basal cell carcinoma” (BCC) y “squamous cell carcinoma” (SCC) estado T1. Las lesiones de estado T1 son definidas como lesiones ≤ 2 cm.

Non-melanoma skin cancers (NMSC), también conocido como “basal cell carcinoma” (BCC) y “squamous cell carcinoma” (SCC) son las formas más comunes de cáncer de piel. El “basal cell carcinoma” se desarrolla de las células de piel dentro de la epidermis y pueden ser mayormente encontradas en áreas de sol expuestas tales como cara, oídos, manos y antebrazos. Los “basal cell carcinomas” son generalmente de crecimiento lento. Squamous cell carcinoma, de igual forma que basal cell, son típicamente encontrados en áreas de piel expuestas al sol, pero también pueden ocurrir en áreas de la piel que han tenido traumas previos (quemaduras, cicatrices) o áreas que tienen condiciones inflamatorias. Squamous cell carcinoma se desarrolla desde la capa media de la epidermis y puede ser de crecimiento lento o rápido y puede invadir estructuras adyacentes.

La terapia “external beam radiation therapy” (EBRT), también conocida como teleterapia, es una terapia dirigida a la lesión/tumores de una fuente de rayos X fuera del cuerpo del paciente, usualmente un acelerador lineal (“linacs”) los cuales producen rayos X (fotones) o electrones. Los electrones son de gran utilidad en tratar lesiones superficiales debido a que la dosis es dirigida a la superficie y se disipa cuando se va adentrando, de tal forma evadiendo el tejido subyacente. Los electrones usualmente tienen un rango de energía de 4-25 MV. Los rayos X terapéuticos (fotones) pueden tener energías en el rango kV (al menos 50 kV o mayor) o, más típicamente, en el rango MV. El tratamiento EBRT es usualmente dado en una serie de tratamientos diarios llamados fracciones que pueden extenderse en unas semanas (2-9). Existen varios métodos usados para administrar EBRT: convencional, 3D conformal, terapia de radio de intensidad modulada (IMRT), topográfica, y radiocirugía estereotáctica.

La braquiterapia, en contraste con EBRT, administra terapia de radiación dentro o en contacto con el cuerpo. La braquiterapia puede ser de dosis de bajos índices (LDR) o dosis de alto índice (HDR). LDR envuelve el colocar fuentes de radiación directamente en el tumor o próximo al tumor. El tratamiento HDR es administrado con índices de dosis mayores o igual a 1200 cGy por hora. Los elementos de radio de alta intensidad usados en HDR tienen un nivel suficientemente alto de radioactividad que previene el trato manual y la carga del aplicador.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, requisitos de documentación, y directrices de utilización para este servicio.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. 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. ❖

Revisiones a las LCD Existentes

A11000: Wound debridement services — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28774 (Florida)

Identificador de LCD: L28776 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para servicios de desbridamiento de herida fue revisada recientemente en su mayoría el 30 de septiembre de 2009. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD para añadir códigos de diagnóstico adicionales basado en una solicitud de reconsideración.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los siguientes códigos de diagnósticos y códigos fueron añadidos:

885.0 – 885.1: Traumatic amputation of thumb (complete) (partial)

886.0 – 886.1: Traumatic amputation of other finger(s) (complete) (partial)

887.0 – 887.7: Traumatic amputation of arm and hand (complete) (partial)

895.0 – 895.1: Traumatic amputation of toe(s) (complete) (partial)

896.0 – 896.3: Traumatic amputation of foot (complete) (partial)

897.0 – 897.7: Traumatic amputation of leg(s) (complete) (partial)

997.60: Amputation stump, unspecified complication

997.62: Amputation stump complication, infection (chronic)

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2011**. 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. ❖

A72141: Magnetic resonance imaging of the spine — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28906 (Florida)

Identificador de LCD: L28928 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para imagen de resonancia magnética de la espina fue efectiva para los servicios provistos a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como el contratista administrativo de Medicare (MAC) LCD para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, un lista de códigos de diagnósticos fue añadido bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para imagen de resonancia magnética de la espina son consistentes en toda la jurisdicción.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios provistos **a partir del 14 de enero de 2011**. 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. ❖

A92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28982 (Florida)

Identificador de LCD: L29015 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La revisión más reciente a la determinación local de cobertura (LCD) para “scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI)” será efectiva el 1 de enero de 2011. En adición, una revisión ha sido hecha concerniente a las modificaciones del National Correct Coding Initiative (CCI) la cual identifica fotografía fundus (código CPT 92250) e imagen de escaneo de diagnóstico computarizado oftálmico (SCODI) (código CPT 92133 o 92134) como mutuamente exclusiva una de la otra cuando es realizada en el mismo día en el mismo ojo.

Fundus photography (CPT code 92250) and scanning ophthalmic computerized diagnostic imaging (CPT code 92133 or 92134) are generally mutually exclusive of one another in that a provider would use one technique or the other to evaluate fundal disease. However, there are a limited number of clinical conditions where both techniques are medically reasonable and necessary on the ipsilateral eye. In these situations, both CPT codes may be reported appending modifier 59 to CPT code 92250 (National Correct Coding Initiative Policy Manual, Chapter 11, Section G, Ophthalmology). El médico no está excluido de realizar fotografía fundus y segmento posterior SCODI en el mismo ojo en el mismo día bajo las circunstancias apropiadas (i.e., cuando cada servicio es necesario para evaluar y tratar al paciente).

La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada bajo la sección “Limitations” bajo la sección “Indications of Coverage for Posterior Segment SCODI” para añadir lenguaje sobre realizar fotografía fundus e imagen de escaneo diagnóstico computarizado oftálmico, segmento posterior (SCODI) en el mismo día en el mismo ojo. Una tabla ha sido también añadida para describir diagnósticos los cuales serán considerados médicamente razonables y necesarios para fotografía fundus y segmento posterior SCODI (código CPT 92133 o 92134) cuando es realizado en el mismo ojo en el mismo día. La sección “Documentation Requirements” ha sido revisada para indicar requisitos de documentación de registro médico cuando fotografía fundus y segmento posterior SCODI son realizados en el mismo ojo en el mismo día.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

A92250: Fundus photography — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L31496 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Fotografía fundus es un procedimiento que envuelve el uso de una cámara de retina para fotografiar las regiones del vítreo, retina, nervio coroides y óptico para propósitos de diagnóstico. Estas fotografías también son usadas para evaluación terapéutica de cirugía laser de retina realizada recientemente y para ayudar en la interpretación de angiografía fluoresceína.

First Coast Service Options Inc. (FCSO) cubrirá fotografía fundus si es acompañada por angiografía con fluoresceína colorante cuando es usado para evaluar anomalías o degeneración de la mácula, la retina periférica o el polo posterior. Fotografía fundus puede ser cubierta como un procedimiento independiente, sin angiografía con fluoresceína colorante, siguiendo tratamiento quirúrgico o no quirúrgico recientemente realizado para patología macular.

Preglaucoma, límite de glaucoma, y glaucoma son procesos de enfermedad generalmente lento los cuales pueden ser seguidos por modalidades a parte de fotografía fundus. Estudios de comparación, sin embargo, serán permitidos cuando sean realizados por el médico que trata como parte del cuidado inicial de glaucoma.

La determinación local de cobertura (LCD) para fotografía fundus ha sido desarrollada para proveer las indicaciones y limitación de cobertura y/o necesidad médica, códigos ICD-9-CM que sustenta la necesidad médica, y requisitos de documentación, directrices de utilización y fuentes de información y base para decisión para este servicio. Un anexo de LCD “Coding Guidelines” ha sido desarrollado para este servicio.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. 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. ❖

AJ9010: Alemtuzumab (Campath®) — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28777 (Florida)

Identificador de LCD: L28781 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para alemtuzumab (Campath®) fue efectiva para 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, bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity” de la LCD, las indicaciones aprobadas de la Food and Drug Administration (FDA) fueron actualizadas para leer como sigue:

Alemtuzumab (Campath®) es aprobada por la FDA como un solo agente para el tratamiento de leucemia linfocítica crónica de célula B (B-cell chronic lymphocytic leukemia, B-CLL).

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

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 11 de enero de 2011, para los servicios prestados a partir del 19 de septiembre de 2007. 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. ❖

AJ9181: Etoposide (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16) — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28837 (Florida)

Identificador de LCD: L28870 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para etoposide (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16) 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, basado en una solicitud de reconsideración, la indicación de tumores neuroendocrinos (malignant poorly differentiated) fue añadida bajo la porción de indicaciones sin etiqueta de la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. También, bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, código ICD-9-CM 209.30 (Malignant poorly differentiated neuroendocrine carcinoma, any site) fue añadido. En adición, las secciones “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados a **partir del 3 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

ANCSVCS: Noncovered services — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La revisión más reciente a la determinación local de cobertura (LCD) para servicios no cubiertos será efectiva el 1 de enero de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada a la LCD. Dos códigos CPT Categoría III de la actualización de julio de 2010 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), petición de cambio (CR) 6974, CR 6996, y CR 7008 fueron evaluadas y fueron determinadas como que no son medicamento razonables y necesarias por ahora basado en la evidencia publicada disponible actual (e.g., literatura médica revisada por expertos, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, los códigos CPT 0226T y 0227T Categoría III fueron añadidos a los servicios no cubiertos de la LCD.

Bajo la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD, los siguientes códigos CPT Categoría III fueron añadidos:

- 0226T – Anoscopy, high resolution (HRA) (with magnification and chemical agent enhancement); diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing when performed
- 0227T – Anoscopy, high resolution (HRA) (with magnification and chemical agent enhancement); with biopsy(ies)

En adición, los códigos, CPT 43499 (EsophyX® System [transoral incisionless fundoplication TIF®]) y 64999 (Minimally invasive lumbar decompression [MILD] procedure) fueron añadidos a la LCD bajo la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD basado en una evaluación de estos servicios. El código CPT 97139 (MicroVas® therapy) fue añadido a la LCD bajo la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Devices” de la LCD basado en una evaluación de este servicio.

La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido también revisada para actualizar el lenguaje para reflejar criterios médicamente razonables y necesarios para la cobertura al nivel local. En adición, el lenguaje en la sección “Documentation Requirements” de la LCD ha sido también revisada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

Información Médica Adicional

Cambios a la determinación local de cobertura de 2011 HCPCS

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones locales de cobertura (LCD) impactadas por la actualización anual del 2011 Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Los códigos de procedimiento han sido añadidos, revisados, reemplazados y borrados como corresponde:

Título de la LCD	Cambios
AG0104 Colorectal Cancer Screening (Coding Guidelines only)	Contenido añadido relacionado al Modificador PT (Colorectal cancer screening test; converted to diagnostic test or other procedure)
AJ0128 Abarelix for the Treatment of Prostate Cancer	Determinación local de cobertura (LCD) retirada puesto que el código HCPCS J0128 fue eliminado. El medicamento fue retirado del mercado de los Estados Unidos.
AJ0205 CEREDASE/CEREZYME	Eliminado el código HCPCS J1785 Añadidos los códigos HCPCS J1786
AJ7186 Hemophilia Clotting Factors	Eliminado el código HCPCS C9267 Añadido el código HCPCS J7184 Cambió el “Número de Determinación del Contratista” a AJ7184
AJ9280 Mitomycin (Mutamycin®, Mitomycin-C)	Eliminado el código HCPCSs J9290 y J9291

DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE A

Cambios a la determinación local de cobertura ... (continuación)

AJ9350 Topotecan Hydrochloride (Hycamtin®)	Eliminado el código HCPCS J9350 Añadido el código HCPCS J9351 Cambió el Número de Determinación del Contratista a AJ9351
ANCSVCS Noncovered Services	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 0184T, 0191T, 0208T, 0209T, 0210T, 0211T, 0212T, 0219T, 0220T, 0221T, y 0222T</i> Eliminado los códigos <i>CPT 0160T</i> (reemplazado con nuevo código <i>CPT 90867</i>) y <i>0161T</i> (reemplazado con nuevo código <i>CPT 90868</i>) Removido el código <i>CPT 90663</i> Añadido los códigos <i>CPT 90644, 90664, 90666, 90667, 90668, 92227 y 92228</i> a la sección “Local Noncoverage Decisions” de la LCD
AQutenza® Qutenza® (capsaicin) 8% patch	Eliminado el código HCPCS C9268 y reemplazado con J7335
ASKINSUB Skin Substitutes	Eliminado el código HCPCS Q4109 Añadidos los códigos HCPCS Q4117-Q4121 a la sección “Non-Covered Products” de la LCD Cambio de descriptor para los códigos HCPCS Q4101-Q4108, Q4110-Q4113, y Q4115 El contenido fue revisado en el anexo “Coding Guidelines” para reflejar cambios de descripción de código para los códigos <i>CPT 97597 y 97598</i> Contenido fue añadido en el anexo “Coding Guidelines” para reflejar nuevos códigos HCPCS G0440 y G0441
ATHERSVCS Therapy and Rehabilitation Services	Información añadida relacionada al cambio del indicador de estatus de “E” a “A” para el código <i>CPT 95992</i> Información añadida relacionada a los límites de terapia petición de cambio (CR) 7300
AXiaflex® Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®)	Eliminado el código HCPCS C9266 y reemplazado con J0775
A01991 Monitored Anesthesia Care (MAC) for Certain Interventional Pain Management Services (Coding Guidelines only)	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 64479, 64480, 64483, y 64484</i>
A11000 Wound Debridement Services	Eliminados los códigos <i>CPT 11040 y 11041</i> Añadido los códigos <i>CPT 11045, 11046, y 11047</i> Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 11042, 11043, 11044, 97597 y 97598</i>
A17311 Mohs Micrographic Surgery (MMS) (Coding Guidelines only)	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 88332</i>
A61885 Vagal Nerve Stimulation (VNS) for Intractable Depression	Eliminado el código <i>CPT 64573</i> Añadido los códigos <i>CPT 64568, 64569, y 64570</i>
A64702 Surgical Decompression for Peripheral Polyneuropathy	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 64708, 64712, y 64714</i>
A72192 Computed Tomography of the Abdomen and Pelvis	Añadido los códigos <i>CPT 74176, 74177, y 74178</i>
A77371 Stereotactic Radiosurgery (SRS) and Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) (Coding Guidelines only)	Eliminado el código <i>CPT 61795</i>

Cambios a la determinación local de cobertura ... (continuación)

<p>A92135 Scanning Computerized Ophthalmic Diagnostic Imaging (SCODI)</p>	<p>Eliminado los códigos <i>CPT 92135</i> y <i>0187T</i> Añadido los códigos <i>CPT 92132</i>, <i>92133</i>, y <i>92134</i> Cambió el “Número de Determinación del Contratista” a A92132</p>
<p>A93224 Electrocardiographic Monitoring for 24 hours (Holter Monitoring)</p>	<p>Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 93224</i>, <i>93225</i>, <i>93226</i>, y <i>93227</i> Eliminado los códigos <i>CPT 93230</i>, <i>93231</i>, <i>93232</i>, <i>93233</i>, <i>93235</i>, <i>93236</i>, y <i>93237</i> Cambió el “Título de la LCD” a “External Electrocardiographic Recording”</p>
<p>A93501 Cardiac Catheterization</p>	<p>Eliminado los códigos <i>CPT 93501</i>, <i>93510</i>, <i>93511</i>, <i>93514</i>, <i>93524</i>, <i>93526</i>, <i>93527</i>, <i>93528</i>, y <i>93529</i> Añadido los códigos <i>CPT 93451</i>, <i>93452</i>, <i>93453</i>, <i>93456</i>, <i>93457</i>, <i>93458</i>, <i>93459</i>, <i>93460</i>, y <i>93461</i> Cambió el Número de Determinación del Contratista a A93451</p>
<p>A93922 Non-Invasive Physiologic Studies of Upper or Lower Extremity Arteries</p>	<p>Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 93922</i>, <i>93923</i>, y <i>93924</i></p>

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

Expansión de la modificación de reclamaciones de Medicare Parte B para los proveedores que ordenan/refieren

Número de *MLN Matters*: MM6417 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6417
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: Fase 1: 5 de octubre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R825OTN
 Fecha de implementación: Fase 1: 5 de octubre de 2009,
 Fase 2: 5 de julio de 2011 (partida provisoria)

Resumen

A partir del 5 de octubre de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han ampliado el procedimiento de edición de reclamaciones para validar el identificador nacional del proveedor (NPI) de proveedores que ordenan/refieren y el nombre que se reporta en la reclamación, comparado con el registro de inscripción del proveedor de Medicare, con la finalidad de asegurar que el proveedor está efectivamente inscrito en Medicare y su especialidad tiene la facultad de ordenar o referir.

Especialistas elegibles:

- Doctor en medicina u osteopatía
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina de podología
- Optometría
- Medicina quiropráctica
- Médico asistente
- Especialista en enfermería clínica certificada
- Enfermera práctica
- Psicólogo clínico
- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador social clínico.

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.

Fases de implementación

Durante fase 1 (5 de octubre de 2009-hasta nuevo aviso), el proveedor que ordena/refiere recibirá un mensaje de advertencia en la remesa de pago si su información del proveedor está en uno de los casos siguientes:

- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- En PECOS o el sistema de reclamaciones, pero no pertenece a la especialidad facultada para ordenar/referir

Durante fase 2 (fecha de comienzo será anunciada), el servicio será rechazado (devuelto como no procesables) si su información del proveedor está en uno de los siguientes casos:

- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- En PECOS o en el sistema de reclamaciones, pero no pertenece a la especialidad facultada para ordenar/referir

Información adicional disponible en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6417.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, 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/R825OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 825, CR 6417

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

Número de *MLN Matters*: MM6947 - Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6947

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2010

Fecha de efectividad: Para las reclamaciones procesadas a partir del 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2041CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

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

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

La petición de cambio 6947 (CR) exige la dirección y el código postal (ZIP) de cinco dígitos del lugar donde fueron provistos los servicios, para todos los lugares de prestación de servicios (POS), incluso cuando POS es el hogar — POS 12 — y en cualquier otro POS que, a discreción del contratista, se considere como hogar. El código postal ZIP será utilizado para determinar el lugar de pago correcto.

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

Información adicional

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

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

Fuente: CMS Pub. 100-20, 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.



Directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B 2011

El directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B (MEDPARD) contiene nombres, direcciones, números de teléfono, y especialidades de los médicos y suplidores que han acordado participar en aceptar asignación en todas las reclamaciones de Medicare Parte B para los artículos cubiertos y servicios.

El listado de MEDPARD está disponible en el sitio Web de Medicare de FCSO en <http://medicareespanol.fcsso.com/MEDPARD/>.

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

Fuente: Pub 100-04, Transmittal 2070, change request 7157

CMS amplía el directorio del proveedor del cuidado de la salud

Inicia la primera fase del sitio Web de “physician compare”

Más información sobre consumidores incluyendo datos sobre el cuidado de calidad

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han mejorado la herramienta de directorio del médico en www.medicare.gov 30 de diciembre de 2010, con nueva información sobre médicos y otros trabajadores del cuidado de la salud en sus comunidades y los servicios que esos profesionales proveen.

La nueva función, llamada “physician compare”, expande y actualiza el directorio del proveedor del cuidado de la salud de CMS, el cual ha ayudado a millones de beneficiarios encontrar doctores en línea participantes de Medicare por más de una década. La nueva herramienta expande la información específica del médico en un conjunto de herramientas informativas para los beneficiarios de Medicare y otros consumidores.

“La nueva herramienta de “Physician Compare” comenzará a llenar un importante espacio en nuestras herramientas en línea al proveer más información sobre los médicos y otros trabajadores del cuidado de la salud”, dijo Donald Berwick, M.D., administrador de CMS. “Esto ayuda a pavimentar el camino a los consumidores para tener información similar sobre sus médicos como ellos tienen para los hogares de enfermería, agencias de salud en el hogar y planes de salud y medicamentos”.

El nuevo sitio, en www.medicare.gov/find-a-doctor, el cual fue requerido por el Affordable Care Act of 2010, contiene información sobre médicos inscritos en el programa de Medicare, el cual incluye doctores de medicina, osteopatía, optometría, medicina podológica, y quiropráctica. El sitio también contiene información sobre otros tipos de profesionales de la salud que rutinariamente cuidan de los beneficiarios de Medicare, incluyendo enfermeras practicantes, psicólogos clínicos, dietistas registrados, terapeutas físicos, asistentes médicos, y terapeutas ocupacionales.

El sitio Web de “physician compare” está diseñado para ser fácil de usar y ayudar a todos los pacientes — ya sea en Medicare o no — localizar a profesionales de la salud en sus comunidades. La información en el sitio incluye información de contacto y dirección para las oficinas, la especialidad médica de los profesionales, donde el profesional completó su grado como también residencia u otro adiestramiento clínico, ya sea que el profesional hable una lengua extranjera, y el género del profesional. La herramienta también puede ayudar a los beneficiarios de Medicare a identificar qué médicos participan en el programa de Medicare.

A parte de la información sobre la práctica del médico, “physician compare” también muestra a los consumidores si la práctica reportó ciertos datos a CMS a través del sistema para reportar la calidad del servicio médico, anteriormente

conocido como iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI). Actualmente, el sistema de reporte PQRI es un programa de reporte voluntario que recompensa a los médicos y otros profesionales de la salud elegibles para reportar datos sobre medidas de calidad relacionadas a servicios prestados a los beneficiarios de Medicare. Estas medidas de calidad están basadas en la mejor evidencia médica disponible y diseñada para ayudar a los profesionales mejorar el cuidado para sus pacientes. En el 2009, más de 200,000 profesionales reportaron datos a CMS a través del sistema de reporte de calidad del médico.

Más tarde en el 2011, CMS planea una segunda fase en el sitio Web el cual indicará si los profesionales escogen participar en un esfuerzo voluntario con la agencia para exhortar a los doctores a prescribir medicinas electrónicamente, en vez de usar métodos de prescripción tradicionales basados en papel.

En los próximos años, el sitio Web de “physician compare” será expandido con información sobre la calidad del cuidado que los beneficiarios de Medicare reciben de los médicos y de los otros profesionales del cuidado de la salud perfilados en el sitio. La expansión incluirá información sobre calidad del cuidado y la experiencia del paciente que puede ayudar a los consumidores a aprender más sobre el cuidado provisto por los médicos participantes de Medicare. CMS es exigido por el Affordable Care Act a desarrollar un plan para implementar esta expansión para el 2013.

“La publicación de hoy de “Physician Compare” nos mueve más cerca de la meta de CMS de mejorar la calidad del cuidado de la salud para las personas con Medicare en todos los lugares donde ellos reciben cuidado, incluyendo la oficina del doctor” dijo Berwick. “Al utilizar un acercamiento considerado, cuidadoso para poner de relieve el cuidado de calidad, podemos crear una herramienta que ayudará a los doctores y pacientes en décadas por venir”.

CMS ha estado trabajando de cerca con las partes interesadas del cuidado de la salud mientras desarrolla sus planes futuros para el sitio Web de “physician compare” y continuará haciéndolo así a través de reuniones públicas, como también a través de procesos regulares para actualizar las tarifas fijas del médico.

Para aprender más sobre la información de calidad que CMS reúne a través del sistema para reportar la calidad del servicio médico, visite <http://www.cms.gov/pqri>. Para visitar el sitio Web de “physician compare”, visite www.medicare.gov/find-a-doctor o haga clic en el tab de “compare” en www.healthcare.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 201101-06

PQRS

Actualización de 2011 del programa de incentivo de prescripción electrónica

A partir de 2012, los profesionales elegibles que no utilizan la prescripción electrónica, podrían estar sujetos a un ajuste de pago de los servicios cubiertos por el plan de tarifa médica fija de Medicare Parte B. Este ajuste será aplicado independientemente de si dicho profesional está o no planeando participar en el programa de incentivo de eRx. La sección 132 de Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA), autoriza a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) aplicar este ajuste de pago independientemente de si dicho profesional está o no planeando participar en el programa de incentivo de eRx.

De 2012 a 2014, el ajuste de pago será incrementado anualmente. En 2012, el ajuste de pago por no prescribir en forma electrónica dará por resultado que un profesional elegible, individualmente o como grupo asociado, reciba el 99 por ciento del pago por servicios cubiertos por FFS de Medicare Parte B que de otro modo correspondería por tales servicios. En 2013, un profesional elegible, individualmente o como grupo asociado que no prescriba en forma electrónica, recibirá el 98.5 por ciento del pago por servicios cubiertos por FFS de Medicare Parte B, por no prescribir en forma electrónica en 2011 o según se defina en reglamentaciones futuras. En 2014, el ajuste de pago por no prescribir en forma electrónica será de un dos por ciento, lo que dará por resultado que un profesional elegible, individualmente o como grupo asociado, reciba el 98 por ciento del pago por servicios cubiertos por FFS de Medicare Parte B.

El ajuste de pago no corresponde, si menos del 10 por ciento de los cargos autorizados a un profesional elegible, individualmente o como grupo asociado, para el período de reporte del 1 de enero al 30 de junio de 2011 están dentro de los códigos comprendidos en el denominador de eRx de 2011.

Nota: El hecho de recibir un incentivo eRx durante 2011, no exime necesariamente a un profesional elegible, individualmente o como grupo asociado, del ajuste de pago de 2011.

Cómo evitar el ajuste de pago eRx de 2012

- Profesionales individuales – los profesionales elegibles pueden evitar el pago por eRx 2012, si él/ella:
 - Al 30 de junio de 2011, en base al código primario de taxonomía NPPES, no es un médico (MD, DO, o podiatra), enfermera tratante o asistente médico.
 - Al 30 de junio de 2011, no tiene privilegios de prescripción médica. Nota: Él/ella debe reportar (G8644) por lo menos una vez acerca de una reclamación elegible anterior al 30 de junio de 2011.
 - No tiene 100 casos, por lo menos, que contengan un código de encuentro en el denominador de medición.
 - Llega a ser un usuario de prescripción electrónica, y
 - Reporta eRx por al menos 10 eventos únicos de eRx para pacientes dentro del denominador.
- Profesionales asociados – los profesionales asociados participantes en eRx GPRO I o GPRO II durante 2011, deben hacerse usuarios de prescripción electrónica.
 - Dependiendo de su tamaño, el grupo de profesionales asociados debe reportar la medición de eRx para 75-2,500 eventos únicos de eRx en el denominador de la medición.

Para información adicional, vaya a la página Web “Getting Started”, en <http://www.cms.gov/erx incentive> o descargue el programa Medicare’s Practical Guide to the Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program en Educational Resources (recursos educacionales).

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 201012-36

Productos educativos del programa de incentivo de prescripción médica electrónica 2011

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la publicación de productos educativos del programa de incentivo de prescripción médica electrónica (eRx) 2011 en la página Web de eRx en <http://www.cms.gov/ERxIncentive>.

- 2011 eRx Measure Specifications and Release Notes — provee una guía sobre las especificaciones de medida 2011 eRx para las reclamaciones o reportes basado en registro y notas publicadas describiendo los cambios de las especificaciones de medida eRx 2010.
- Claims-Based Reporting Principles for the 2011 eRx Incentive Program — provee una guía sobre los principios para el reporte de medidas eRx sobre reclamaciones para el programa de incentivo eRx 2011.
- 2011 EHR Measure Specifications for eRx and Release Notes — provee una guía sobre las especificaciones de medida de registro de salud electrónico (EHR) para eRx y notas publicadas. Además, las especificaciones contienen una descripción detallada de nombres de elementos de datos y códigos.
- 2011 EHR Downloadable Resource Table and Release Notes — una hoja de cálculo en Excel e información de lista de notas publicadas de EHR 2011.

- 2011 eRx Incentive Program GPRO I Measure Specifications and Release Notes — provee una guía sobre las especificaciones para la medida eRx para uso en la opción de reporte de práctica de grupo (GPRO) I de eRx y notas publicadas.

Para ver el listado de productos educativos y sus páginas de secciones correspondientes, visite la sección Spotlight en la página Web de eRx en: http://www.cms.gov/ERxIncentive/02_Spotlight.asp.

Información adicional sobre el programa de incentivo eRx 2011 puede encontrarse en la reglamentación final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) 2011 con periodo de comentario (75 FR 73490 hasta 73610) que fue publicado en el Federal Register el 29 de noviembre de 2010. La reglamentación final se puede encontrar en la sección de página Statute/Regulations/Program Instructions en http://www.cms.gov/ERxIncentive/04_Statute_Regulations.asp.

Recordatorio: El reporte eRx 2011 comenzó el 1 de enero de 2011. No tiene que inscribirse o preinscribirse para participar.

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 201101-16

Productos educativos PQRS 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la puesta en [PQRS Web page](#) (página Web PQRS) de los productos educativos de 2011 del sistema de reporte de calidad de la atención médica (Physician Quality Reporting System).

- *2011 Physician Quality Reporting System Measures List* — este documento identifica y explica las mediciones utilizadas en el reporte de calidad de atención médica, incluyendo información acerca de los métodos/opciones para cada caso y si es una medición a nivel de paciente. También se provee información sobre los productores de mediciones y su información de contacto.
- *2011 Physician Quality Reporting System Quality-Data Code (QDC) Categories* — tabla que establece, para cada medición, cada uno de los QDC que debe ser reportado para una acción de calidad llevada a cabo individualmente por el profesional elegible, según está indicado en las especificaciones de la medición. Esto determina la manera en que se utilizará cada código cuando se calculen las tasas de desempeño. Esto también clarifica aquellas medidas que necesitan dos o más QDC para reportar satisfactoriamente. El reportar los QDC en forma insuficiente (según está especificado en las especificaciones de medición PQRS de 2011), dará como resultado la invalidez del reporte.
- *2011 Physician Quality Reporting System Single Source Code Master* — este archivo contiene una lista numérica de todos los códigos incluidos en el reporte de calidad de la atención médica de 2011, para incorporarlos al software de facturación.
- *2011 Physician Quality Reporting System Measure Specifications Manual for Claims and Registry Reporting of Individual Measures and Release Notes* — este archivo zip (comprimido) contiene dos documentos autorizados para describir: 1) las especificaciones de medición de 2011 (incluyendo códigos e instrucciones de reporte), para las 194 mediciones de reporte de calidad de la atención médica para reportes basados en reclamaciones o registros, y 2) cambios a las especificaciones de medición del programa del año 2010 en forma de notas publicadas por número de medición.
- *2010 Physician Quality Reporting System Implementation Guide* — provee un guía de como implementar el reporte 2011 de calidad de la atención médica, basado en reclamaciones, para facilitar el reporte satisfactorio de códigos de datos de calidad por parte de profesionales elegibles.

Productos educacionales... (continuación)

- *2011 Physician Quality Reporting System Measures Groups Specifications Manual and Release Notes* – las especificaciones de mediciones de grupo son diferentes de las que corresponden a los integrantes de dicho grupo. Por lo tanto, las especificaciones e instrucciones para el grupo, son provistas en un manual aparte. Este archivo zip contiene dos documentos autorizados para describir 1) las especificaciones de 2011 de las mediciones de grupo (incluyendo códigos e instrucciones de reporte) para los 14 grupos de mediciones de reporte de calidad de la atención médica y 2) cambios al 2010 Measures Groups Specifications Manual por medio de notas.
- *Getting Started with 2011 Physician Quality Reporting System of Measures Groups* – provee indicaciones sobre como implementar mediciones de grupo de PQRS de 2011.
- *2011 Physician Quality Reporting System Measure-Applicability Validation Process for Claims-Based Reporting of Individual Measures* – provee indicaciones para aquellos profesionales elegibles que presentan satisfactoriamente códigos de datos de calidad para menos de tres mediciones de calidad de la atención médica y como el proceso de validación de aplicabilidad de las mediciones determinará si deben presentar QDC para mediciones adicionales.
- *2011 Physician Quality Reporting System Measure-Applicability Validation Process Release Notes* – notas publicadas acerca de los cambios ocurridos con respecto al proceso de validación de aplicabilidad de mediciones del reporte de calidad de atención médica de 2011 (MAV).
- *2011 Physician Quality Reporting System Measure-Applicability Validation Process Flow* – un gráfico de MAV.
- *Group Practice Reporting Option I (GPRO I) Requirements for Submission of 2011 Physician Quality Reporting System Data* – provee un guía de como un grupo de más de 200 profesionales de la medicina, puede auto-nominarse para participar en GPRO I para la presentación de datos de 2011.
- *2011 Physician Quality Reporting System Group Practice Reporting Option I (GPRO I) Measures List* — documento que contiene una lista de mediciones GPRO I de reporte de calidad de atención médica de 2011.
- *2011 Physician Quality Reporting GPRO I Narrative Measure Specifications and Release Notes* — documento que contiene una descripción de mediciones GPRO I de reporte de calidad de atención médica de 2011 y cambios al programa desde el reporte del año 2010.
- *Group Practice Reporting Option II (GPRO II) Requirements for Submission of 2011 Physician Quality Reporting System Data* – este documento provee un guía acerca de como un grupo de 2 a 199 profesionales de la medicina asociados elegibles, pueden auto-nominarse para participar en GPRO II para la presentación de datos de PQRS de 2011.
- *Qualified EHR Vendors for the 2011 Physician Quality Reporting System and Electronic Prescribing (eRx) Incentive Programs* – lista de vendedores de registros médicos electrónicos (EHR) y aquellos de sus programas que han sido “aprobados” para presentar a CMS datos de calidad para el reporte de profesionales elegibles para PQRS de 2011. Cada uno de estos vendedores ha sido sometido a un estricto proceso de selección del producto y la versión puesta en la lista, incluyendo una revisión de su capacidad de proveer los elementos de datos de PQRS exigidos para las mediciones de PQRS. Algunos EHR tienen también la capacidad de reportar mediciones de prescripción electrónica. Además de la captura de los elementos de datos exigidos para el cálculo de las mediciones, estos productos EHR “aprobados”, pueden también transmitir la información requerida, en el formato que corresponde. Aún cuando los vendedores EHR que figuran en la lista y sus productos EHR, hayan completado satisfactoriamente el proceso de selección, CMS no puede garantizar que algún otro producto o versión de software de estos vendedores sea compatible con las bases de presentación de EHR para PQRS.
- **2011 EHR documents for eligible professionals** – este archivo zipped (comprimido) contiene lo siguiente:
 - *2011 Physician Quality Reporting System EHR Measure Specifications* – descripción detallada de los nombres de elementos de datos y códigos relacionados a cada una de las 20 mediciones de calidad PQRS de 2011 y eRx para presentación electrónica.
 - *2011 Physician Quality Reporting System Physician Quality Reporting System EHR Measure Specifications* — Release Notes — publicación de notas correspondientes para especificaciones de mediciones EHR de 2011.
 - 2011 tabla descargable de recursos EHR.
 - 2011 EHR Downloadable Resource Table – Release Notes (notas publicadas)
- **2011 EHR documents for vendors** – este archivo zipped contiene lo siguiente:
 - *Data Submission Specifications Utilizing HL7 QRDA Implementation Guide Based on HL7 CDA Release 2.0*
 - *Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA – Release Notes* – notas publicadas para especificaciones de presentación de datos utilizando arquitectura HL7 de reporte de documentos de calidad basada en HL7 CDA 2.0
 - Tabla descargable de recursos EHR 2011
 - 2011 EHR Downloadable Resource Table – Release Notes
 - Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA Header Errors and Edits
 - Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA Body Errors and Edits

Productos educacionales... (continuación)

Para ver la lista de productos educacionales y las páginas de sección correspondientes, visite la sección Spotlight en la página Web de PQRS: http://www.cms.gov/PQRI/02_Spotlight.asp.

Puede encontrar más información sobre 2011 PQRS en la reglamentación final del catálogo 2011 de tarifas médicas fijas de Medicare con período de comentarios (75 FR 73377 al 73621) que fue publicada en el *Federal Register* el 29 de noviembre de 2010. La reglamentación final puede encontrarse en la página Web de CMS PQRS Web, en http://www.cms.gov/PQRI/05_StatuteRegulationsProgramInstructions.asp. Haga clic a la izquierda en la página sección Statute/Regulations/Program Instructions.

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 201101-17

COBERTURA Y REEMBOLSO

Lista de jurisdicción 2011 para códigos HCPCS de DMEPOS

Este artículo es informativo y está basado en la petición de cambio (CR) 7257 que notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos healthcare common procedure coding system (HCPCS) para equipo médico duradero (DME) del contratista administrativo de Medicare (MAC) y carrier local de Parte B o jurisdicciones A/B MAC es actualizado anualmente para reflejar códigos que han sido añadidos o descontinuados (eliminados) cada año. La hoja de cálculo es de gran ayuda para el personal de facturación al mostrar a los contratistas apropiados de Medicare a ser facturado para los HCPCS que aparecen en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción 2011 está anexada al CR 7257 en <http://www.cms.gov/Transmittals/downloads/R2132CP.pdf>. **Note que los códigos eliminados son válidos para las fechas de servicio a partir de la fecha de eliminación y los códigos actualizados están en negrilla.**

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A0021- A0999	Ambulance services	Carrier local
A4206- A4209	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4210	Needle free injection device	DME MAC
A4211	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4212	Non coring needle or stylet with or without catheter	Carrier local
A4213- A4215	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4216- A4218	Saline	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4220	Refill kit for implantable pump	Carrier local
A4221- A4250	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4252- A4259	Diabetic supplies	DME MAC
A4261	Cervical cap for contraceptive use	Carrier local
A4262- A4263	Lacrimal duct implants	Carrier local

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

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

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A4556- A4558	Electrodes; lead wires; conductive paste	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4559	Coupling gel	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4561- A4562	Pessary	Carrier local
A4565	Sling	Carrier local
A4566	Shoulder abduction restrainer	DME MAC
A4570	Splint	Carrier local
A4575	Topical hyperbaric oxygen chamber, disposable	DME MAC
A4580- A4590	Casting supplies and material	Carrier local
A4595	TENS supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4600	Sleeve for intermittent limb compression device	DME MAC
A4601	Lithium Ion battery for non- prosthetic use	DME MAC
A4604	Tubing for positive airway pressure device	DME MAC
A4605	Tracheal suction catheter	DME MAC
A4606	Oxygen probe for oximeter	DME MAC
A4608	Transtracheal oxygen catheter	DME MAC
A4611- A4613	Oxygen equipment batteries and supplies	DME MAC
A4614	Peak flow rate meter	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4615- A4629	Oxygen and tracheostomy supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4630- A4640	DME supplies	DME MAC
A4641- A4642	Imaging agent; contrast material	Carrier local
A4648	Tissue marker, implanted	Carrier local
A4649	Miscellaneous surgical supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4650	Implantable radiation dosimeter	Carrier local
A4651- A4932	Supplies for ESRD	DME MAC

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A5051- A5093	Additional ostomy supplies	Si es provisto en la oficina del médico para una condición provisional, el artículo está subordinado a los servicios de un médico y facturado al carrier local. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el artículo es un dispositivo protésico y facturado al DME MAC.
A5102- A5200	Additional incontinence and ostomy supplies	Si es provisto en la oficina del médico para una condición provisional, el artículo está subordinado a los servicios de un médico y facturado al carrier local. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el artículo es un dispositivo protésico y facturado al DME MAC.
A5500- A5513	Therapeutic shoes	DME MAC
A6000	Non-contact wound warming cover	DME MAC
A6010- A6024	Surgical dressing	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A6025	Silicone gel sheet	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A6154- A6411	Surgical dressing	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A6412	Eye patch	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A6413	Adhesive bandage	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A6441- A6512	Surgical dressings	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A6513	Compression burn mask	DME MAC
A6530- A6549	Compression gradient stockings	DME MAC
A6550	Supplies for negative pressure wound therapy electrical pump	DME MAC
A7000- A7002	Accessories for suction pumps	DME MAC
A7003- A7039	Accessories for nebulizers, aspirators and ventilators	DME MAC
A7040- A7041	Chest drainage supplies	Carrier local
A7042- A7043	Pleural catheter	Carrier local
A7044- A7046	Respiratory accessories	DME MAC
A7501- A7527	Tracheostomy supplies	DME MAC

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A8000- A8004	Protective helmets	DME MAC
A9150	Non-prescription drugs	Carrier local
A9152- A9153	Vitamins	Carrier local
A9155	Artificial saliva	Carrier local
A9180	Lice infestation treatment	Carrier local
A9270	Noncovered items or services	DME MAC
A9273	Noncovered items or services	DME MAC
A9274- A9278	Glucose monitoring	DME MAC
A9279	Monitoring feature/device	DME MAC
A9280	Alarm device	DME MAC
A9281	Reaching/grabbing device	DME MAC
A9282	Wig	DME MAC
A9283	Foot off loading device	DME MAC
A9284	Non-electric spirometer	DME MAC
A9300	Exercise equipment	DME MAC
A9500- A9700	Supplies for radiology procedures	Carrier local
A9900	Miscellaneous DME supply or accessory	Carrier local, si es usado con DME implantado. Si hay otro, DME MAC.
A9901	Delivery	DME MAC
A9999	Miscellaneous DME supply or accessory	Carrier local, si es usado con DME implantado. Si hay otro, DME MAC.
B4034- B9999	Enteral and parenteral therapy	DME MAC
D0120- D9999	Dental procedures	Carrier local
E0100- E0105	Canes	DME MAC
E0110- E0118	Crutches	DME MAC
E0130- E0159	Walkers	DME MAC
E0160- E0175	Commodes	DME MAC
E0181- E0199	Decubitus care equipment	DME MAC
E0200- E0239	Heat/cold applications	DME MAC
E0240- E0248	Bath and toilet aids	DME MAC
E0249	Pad for heating unit	DME MAC
E0250- E0304	Hospital beds	DME MAC

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
E0305- E0326	Hospital bed accessories	DME MAC
E0328- E0329	Pediatric hospital beds	DME MAC
E0350- E0352	Electronic bowel irrigation system	DME MAC
E0370	Heel pad	DME MAC
E0371- E0373	Decubitus care equipment	DME MAC
E0424- E0484	Oxygen and related respiratory equipment	DME MAC
E0485- E0486	Oral device to reduce airway collapsibility	DME MAC
E0487	Electric spirometer	DME MAC
E0500	IPPB machine	DME MAC
E0550- E0585	Compressors/nebulizers	DME MAC
E0600	Suction pump	DME MAC
E0601	CPAP device	DME MAC
E0602- E0604	Breast pump	DME MAC
E0605	Vaporizer	DME MAC
E0606	Drainage board	DME MAC
E0607	Home blood glucose monitor	DME MAC
E0610- E0615	Pacemaker monitor	DME MAC
E0616	Implantable cardiac event recorder	Carrier local
E0617	External defibrillator	DME MAC
E0618- E0619	Apnea monitor	DME MAC
E0620	Skin piercing device	DME MAC
E0621- E0636	Patient lifts	DME MAC
E0637- E0642	Standing devices/lifts	DME MAC
E0650- E0676	Pneumatic compressor and appliances	DME MAC
E0691- E0694	Ultraviolet light therapy systems	DME MAC
E0700	Safety equipment	DME MAC
E0705	Transfer board	DME MAC
E0710	Restraints	DME MAC
E0720- E0745	Electrical nerve stimulators	DME MAC
E0746	EMG device	Carrier local

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
E0747- E0748	Osteogenic stimulators	DME MAC
E0749	Implantable osteogenic stimulators	Carrier local
E0755	Reflex stimulator	DME MAC
E0760	Ultrasonic osteogenic stimulator	DME MAC
E0761	Electromagnetic treatment device	DME MAC
E0762	Electrical joint stimulation device	DME MAC
E0764	Functional neuromuscular stimulator	DME MAC
E0765	Nerve stimulator	DME MAC
E0769	Electrical wound treatment device	DME MAC
E0770	Functional electrical stimulator	DME MAC
E0776	IV pole	DME MAC
E0779- E0780	External infusion pumps	DME MAC
E0781	Ambulatory infusion pump	Facturable al carrier local y al DME MAC. Este artículo puede ser facturado al DME MAC cuando la infusión es iniciada en la oficina del médico, pero el paciente no vuelve durante el mismo día laborable.
E0782- E0783	Infusion pumps, implantable	Carrier local
E0784	Infusion pumps, insulin	DME MAC
E0785- E0786	Implantable infusion pump catheter	Carrier local
E0791	Parenteral infusion pump	DME MAC
E0830	Ambulatory traction device	DME MAC
E0840- E0900	Traction equipment	DME MAC
E0910- E0930	Trapeze/fracture frame	DME MAC
E0935- E0936	Passive motion exercise device	DME MAC
E0940	Trapeze equipment	DME MAC
E0941	Traction equipment	DME MAC
E0942- E0945	Orthopedic devices	DME MAC
E0946- E0948	Fracture frame	DME MAC
E0950- E1298	Wheelchairs	DME MAC
E1300- E1310	Whirlpool equipment	DME MAC

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
E1353- E1392	Additional oxygen related equipment	DME MAC
E1399	Miscellaneous DME	Carrier local, si es usado con DME implantado. Si hay otro, DME MAC.
E1405- E1406	Additional oxygen equipment	DME MAC
E1500- E1699	Artificial kidney machines and accessories	DME MAC
E1700- E1702	TMJ device and supplies	DME MAC
E1800- E1841	Dynamic flexion devices	DME MAC
E1902	Communication board	DME MAC
E2000	Gastric suction pump	DME MAC
E2100- E2101	Blood glucose monitors with special features	DME MAC
E2120	Pulse generator for tympanic treatment of inner ear	DME MAC
E2201- E2397	Wheelchair accessories	DME MAC
E2402	Negative pressure wound therapy pump	DME MAC
E2500- E2599	Speech generating device	DME MAC
E2601- E2625	Wheelchair cushions	DME MAC
E8000- E8002	Gait trainers	DME MAC
G0008- G0329	Misc. professional services	Carrier local
G0333	Dispensing fee	DME MAC
G0337- G0365	Misc. professional services	Carrier local
G0372	Misc. professional services	Carrier local
G0378- G9147	Misc. professional services	Carrier local
J0120- J3570	Injection	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC.
J3590	Unclassified biologicals	Carrier local
J7030- J7130	Miscellaneous drugs and solutions	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC.
J7184	Wilate injection	Carrier local
J7185- J7195	Antihemophilic factor	Carrier local
J7196- J7197	Antithrombin III	Carrier local

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
J7198	Anti-inhibitor; per I.U.	Carrier local
J7199	Other hemophilia clotting factors	Carrier local
J7300- J7307	Intrauterine copper contraceptive	Carrier local
J7308- J7309	Aminolevulinic acid HCL	Carrier local
J7310	Ganciclovir, long-acting implant	Carrier local
J7311- J7312	Fluocinolone acetonide, intravitreal implant	Carrier local
J7321- J7325	Hyaluronan	Carrier local
J7330	Autologous cultured chondrocytes, implant	Carrier local
J7335	Capsaicin	Carrier local
J7500- J7599	Immunosuppressive drugs	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC.
J7604- J7699	Inhalation Solutions Implant	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J7799	NOC, other than inhalation drugs through DME	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J8498	Anti-emetic drug	DME MAC
J8499	Prescription drug, oral, non-chemotherapeutic	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J8501- J8999	Oral anti-cancer drugs	DME MAC
J9000- J9999	Chemotherapy drugs	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC.
K0001- K0108	Wheelchairs	DME MAC
K0195	Elevating leg rests	DME MAC
K0455	Infusion pump used for uninterrupted administration of epoprostenal	DME MAC
K0462	Loaner equipment	DME MAC
K0552	External infusion pump supplies	DME MAC
K0601- K0605	External infusion pump batteries	DME MAC
K0606- K0609	Defibrillator accessories	DME MAC
K0669	Wheelchair cushion	DME MAC
K0672	Soft interface for orthosis	DME MAC
K0730	Inhalation drug delivery system	DME MAC
K0733	Power wheelchair accessory	DME MAC

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
K0738	Oxygen equipment	DME MAC
K0739	Repair or nonroutine service for DME	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
K0740	Repair or Nonroutine service for oxygen equipment	DME MAC
K0800-K0899	Power mobility devices	DME MAC
L0112-L2090	Orthotics	DME MAC
L2106-L2116	Orthotics	DME MAC
L2126-L4398	Orthotics	DME MAC
L4631	Orthotics	DME MAC
L5000-L5999	Lower limb prosthetics	DME MAC
L6000-L7499	Upper limb prosthetics	DME MAC
L7500-L7520	Repair of prosthetic device	El carrier local, si es reparación de dispositivo protésico implantado. Si hay otro, DME MAC.
L7600	Prosthetic donning sleeve	DME MAC
L7900	Vacuum erection system	DME MAC
L8000-L8485	Prosthetics	DME MAC
L8499	Unlisted procedure for miscellaneous prosthetic services	El carrier local, si es un dispositivo protésico implantado. Si es otro, DME MAC.
L8500-L8501	Artificial larynx; tracheostomy speaking valve	DME MAC
L8505	Artificial larynx accessory	DME MAC
L8507	Voice prosthesis, patient inserted	DME MAC
L8509	Voice prosthesis, inserted by a licensed health care provider	Carrier local para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010, DME MAC para las fechas de servicio antes al 1 de octubre de 10/01/2010
L8510-L8515	Voice prosthesis	DME MAC
L8600-L8699	Prosthetic implants	Carrier local
L9900	Miscellaneous Orthotic or prosthetic component or accessory	Carrier local, si es usado con dispositivo protésico implantado. Si es otro, DME MAC.
M0064-M0301	Medical services	Carrier local
P2028-P9615	Laboratory tests	Carrier local
Q0035	Influenza vaccine; cardiokymography	Carrier local
Q0081	Infusion therapy	Carrier local

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
Q0083- Q0085	Chemotherapy administration	Carrier local
Q0091	Smear preparation	Carrier local
Q0092	Portable X-ray setup	Carrier local
Q0111- Q0115	Miscellaneous lab services	Carrier local
Q0138- Q0139	Ferumoxytol injection	Carrier local
Q0144	Azithromycin dihydrate	Carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
Q0163- Q0181	Anti-emetic	DME MAC
Q0480- Q0506	Ventricular assist devices	Carrier local
Q0510- Q0514	Drug dispensing fees	DME MAC
Q0515	Sermorelin acetate	Carrier local
Q1003- Q1005	New technology IOL	Carrier local
Q2004	Irrigation solution	Carrier local
Q2009	Fosphenytoin	Carrier local
Q2017	Teniposide	Carrier local
Q2025	Oral anti-cancer drugs	DME MAC
Q2026- Q2027	Injectable dermal fillers (Effective July 1, 2010)	Carrier local
Q2035- Q2039	Influenza vaccine	Carrier local
Q3014	Telehealth originating site facility fee	Carrier local
Q3025- Q3026	Vaccines	Carrier local
Q3031	Collagen skin test	Carrier local
Q4001- Q4051	Splints and casts	Carrier local
Q4074	Inhalation drug	Carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
Q4081	Epoetin	DME MAC para método II diálisis en el hogar. Si es otro, carrier local.
Q4082	Drug subject to Competitive Acquisition Program	Carrier local
Q4100- Q4121	Skin substitutes	Carrier local
Q5001- Q5010	Hospice services	Carrier local
Q9951- Q9954	Imaging agents	Carrier local
Q9955- Q9957	Microspheres	Carrier local

Lista de jurisdicción 2011... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
Q9958- Q9968	Imaging agents	Carrier local
R0070- R0076	Diagnostic radiology services	Carrier local
V2020- V2025	Frames	DME MAC
V2100- V2513	Lenses	DME MAC
V2520- V2523	Hydrophilic contact lenses	Carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
V2530- V2531	Contact lenses, scleral	DME MAC
V2599	Contact lens, other type	Carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
V2600- V2615	Low vision aids	DME MAC
V2623- V2629	Prosthetic eyes	DME MAC
V2630- V2632	Intraocular lenses	Carrier local
V2700- V2780	Miscellaneous vision service	DME MAC
V2781	Progressive lens	DME MAC
V2782- V2784	Lenses	DME MAC
V2785	Processing--corneal tissue	Carrier local
V2786	Lens	DME MAC
V2787- V2788	Intraocular lenses	Carrier local
V2790	Amniotic membrane	Carrier local
V2797	Vision supply	DME MAC
V2799	Miscellaneous vision service	DME MAC
V5008- V5299	Hearing services	Carrier local
V5336	Repair/modification of augmentative communicative system or device	DME MAC
V5362- V5364	Speech screening	Carrier local

INFORMACIÓN GENERAL

Recordatorio de la iniciativa de no enviar

Como parte de la iniciativa *Do Not Forward* (no enviar, DNF), los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han dado instrucciones a los contratistas en sentido de utilizar sobres de “*return service requested* (se requiere retorno)” para toda la correspondencia de aviso de remesa.

Esta exigencia es para los avisos de remesa y cheques enviados al proveedor de Medicare. Cuando un aviso de remesa o cheque enviado al proveedor es devuelto al contratista debido a “*return service requested*” ocurrirá lo siguiente:

- El contratista marcará el número del proveedor como DNF.
- Se notificará a Inscripciones, del nuevo estatus del proveedor.
- El contratista suspenderá el envío de avisos de remesa y cheques al proveedor.
- Se suspenderá la transferencia electrónica de fondos.

La marca DNF será quitada, solamente después de que se haya verificado y actualizado todas las direcciones del proveedor, no solamente la dirección de pago, sino que también todas las direcciones de “localidad del proveedor”. Es importante que los proveedores comuniquen de inmediato a Medicare cualquier cambio de dirección, utilizando el formulario CMS-855I de *Medicare Enrollment Application*, para proveedores individuales y el formulario CMS-855B de *Medicare Enrollment Application* para grupos y organizaciones.

Una vez que sea quitada la marca DNF, el contratista:

- Pagará todos los fondos retenidos por DNF
- Volverá a emitir cualquier aviso de remesa retenido por DNF.

Fuente: Publication 100-04, Chapter 22, Section 50.1

Mejoras al Medicare Remit Easy Print

Número de *MLN Matters*: MM7218

Número de petición de cambio relacionado: 7218

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R811OTN

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se dieron cuenta recientemente que la versión actual de Medicare Remit Easy Print (MREP) solamente es compatible con el sistema operativo Microsoft XP.

La petición de cambio (CR) 7218 hará del software MREP compatible con los sistemas operativos Microsoft Windows 7 (32 o 64 bit), Vista (32 o 64 bit), y XP (32 o 64 bit). CMS espera que la compatibilidad del software con múltiples sistemas operativos lo haga más aceptable a los usuarios y proveedores/suplidores para imprimir sus remesas de pago electrónicas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7218.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7218, 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/R811OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 811, CR 7218

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

Lista de códigos 2011 de jurisdicción HCPCS DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM7257
 Número de petición de cambio relacionado: 7257
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de enero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2132CP
 Fecha de implementación: 5 de febrero de 2011

Resumen

El presente artículo notifica que la hoja de cálculo que contiene la lista de códigos de jurisdicción del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS), para contratistas administrativos (DME MAC), contratistas de Parte B de Medicare y jurisdicciones A/B MAC, es actualizada anualmente para mostrar los códigos que han sido agregados o discontinuados (borrados) en el transcurso del año.

La hoja de cálculo que contiene la lista de jurisdicción 2011, estará disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en <http://www.cms.gov/center/dme.asp>.

Usted también puede ver la lista en [change request 7257](#).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7257.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7257, 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/R2132CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2132, CR 7257

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 enero 2011 del sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*: MM7275
 Número de petición de cambio relacionado: 7275
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2128CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

La orden de cambio 7275 actualiza lo siguiente:

- Áreas estadísticas centralizadas (CBSA)
- Medicinas farmacéuticas y biológicas con pago en base a precio promedio de venta
- Pago de lentes de contacto de nueva tecnología
- Medicinas farmacéuticas y biológicas nuevas, pagadas por separado bajo el sistema de pago ASC
- Corrección de tasa de pago de 2010 para ciertas medicinas farmacéuticas y biológicas
- Condonación de copago y deducible de servicios preventivos
- Pago de dispositivo provisto sin costo o a crédito total o parcial
- Nuevos procedimientos quirúrgicos y servicios auxiliares pagados en el marco de ASC

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7275.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7275, 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/R2128CP.pdf>.

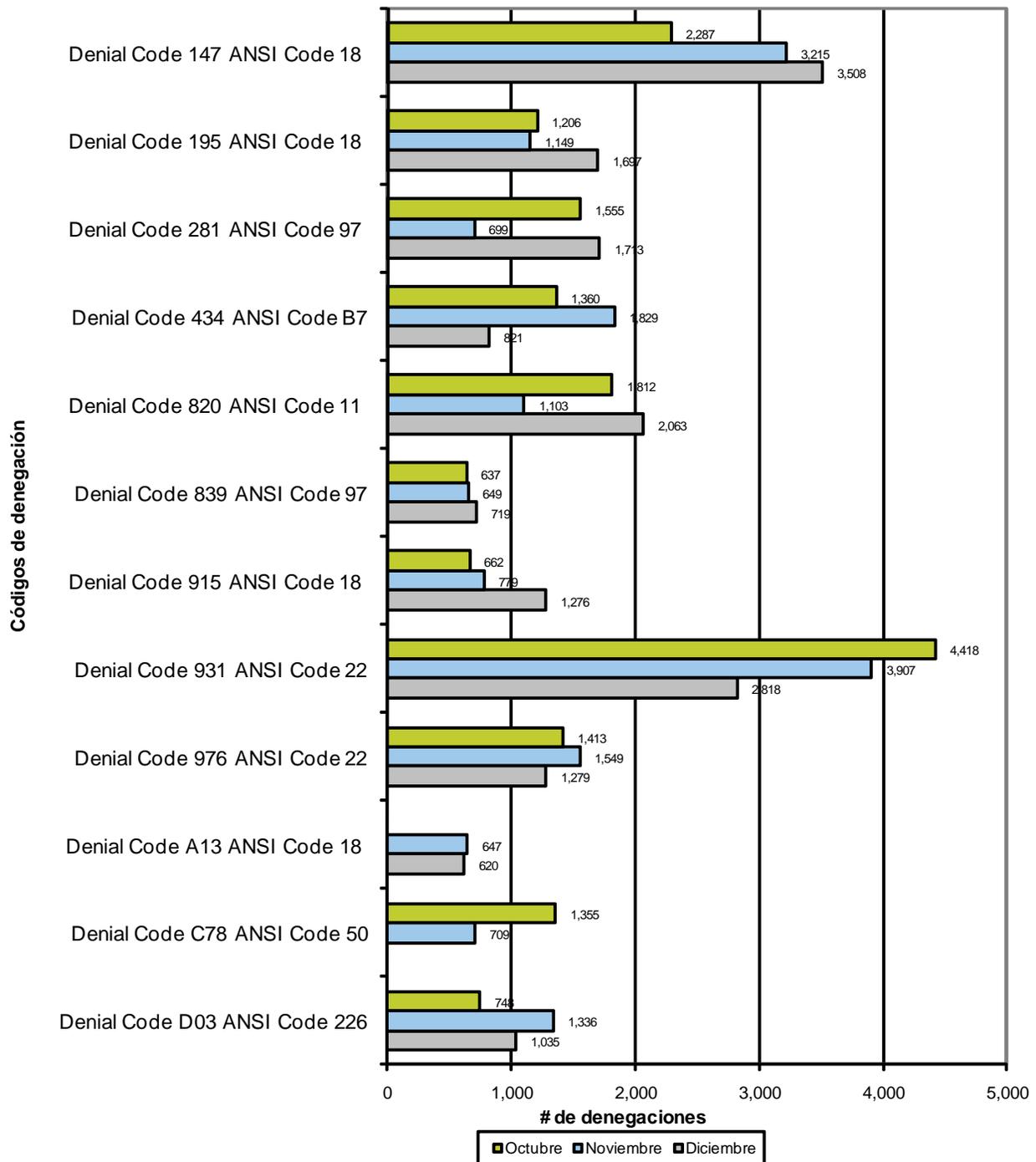
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2128, CR 7275

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

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

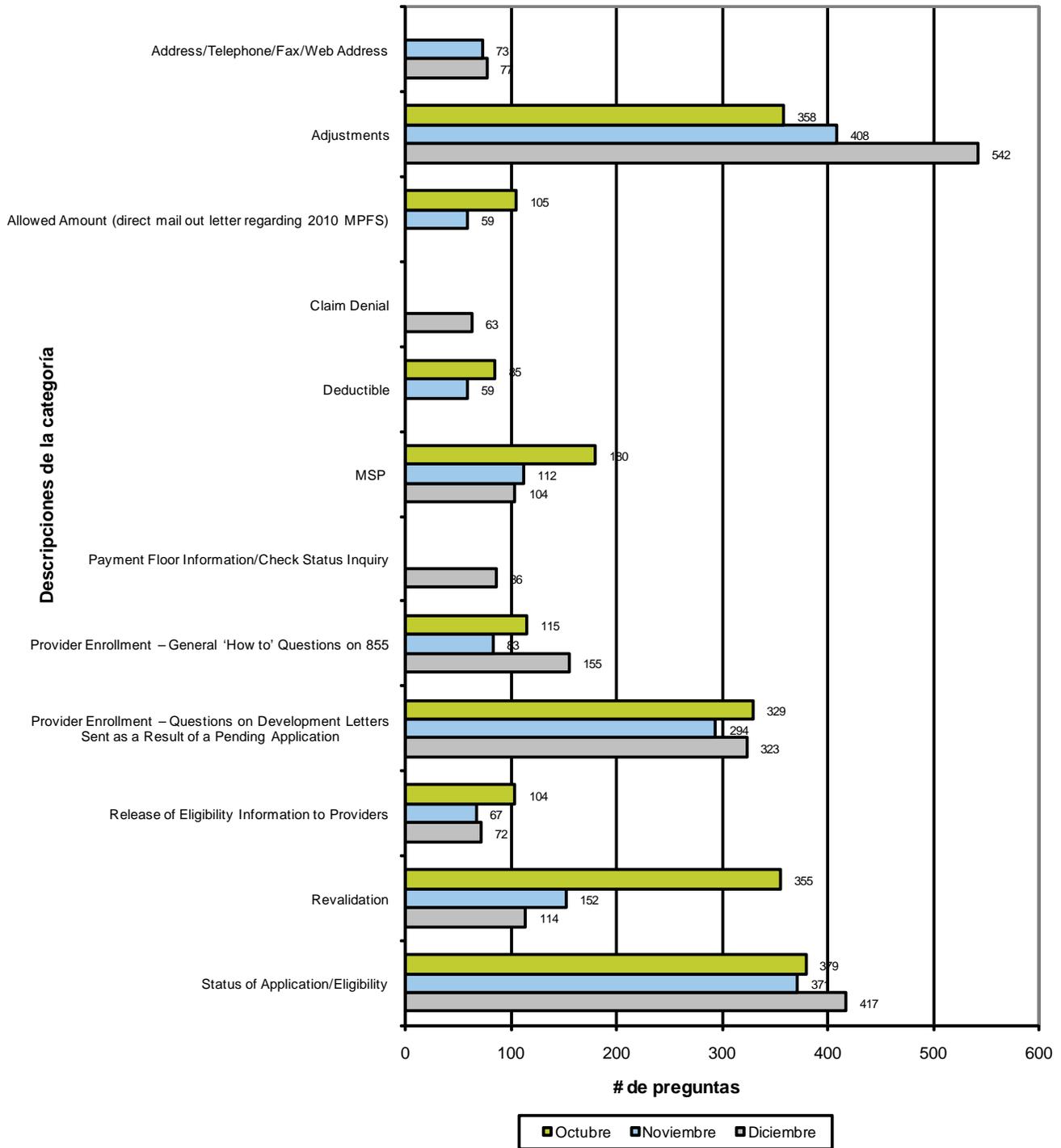
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de octubre-diciembre de 2010. Para consejos y recursos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



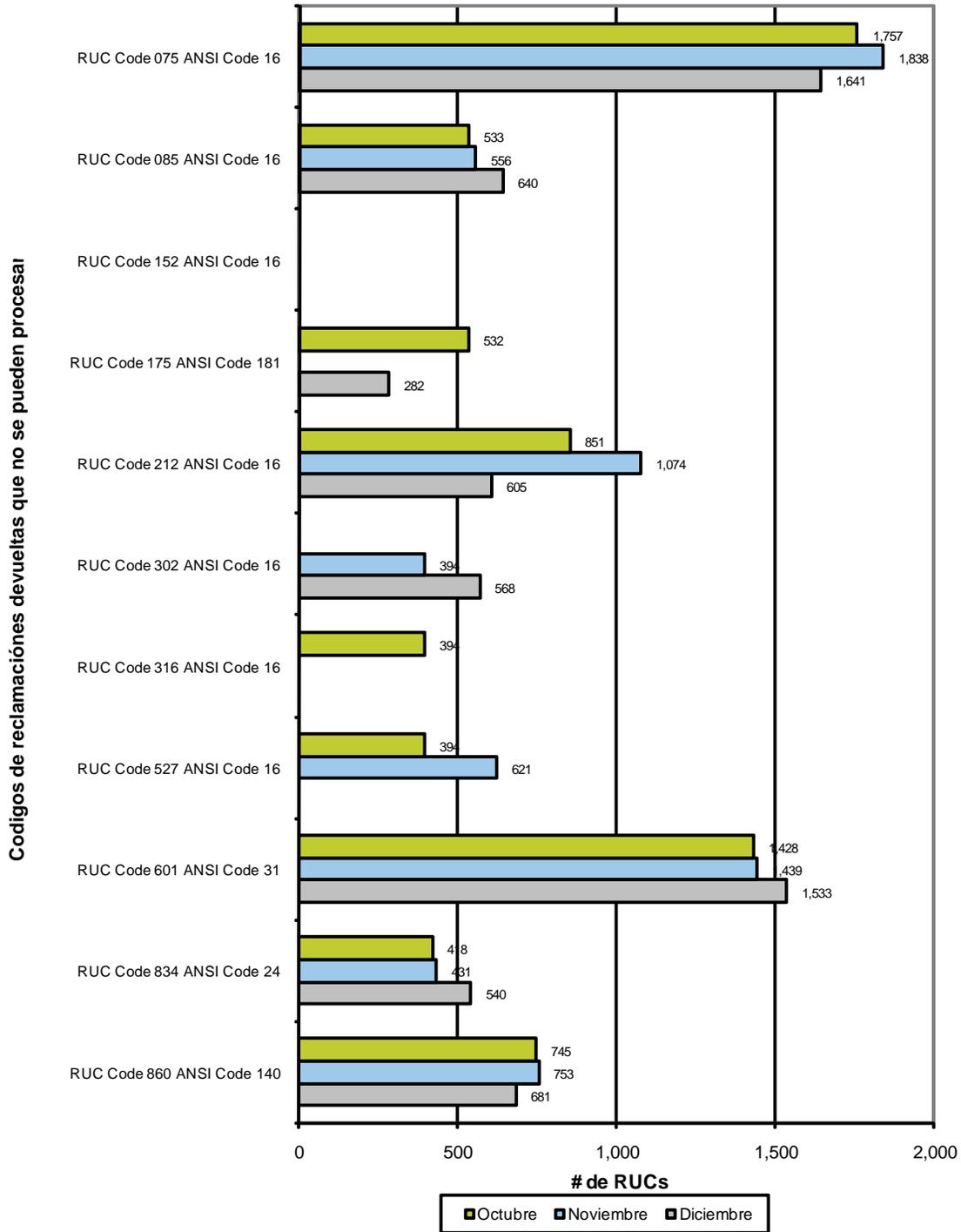
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

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



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

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en octubre-diciembre 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

Nueva LCD

77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas 74

Revisiones a las LCD Existentes

11000: Wound debridement services 75

92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI)..... 75

92250: Fundus photography 76

G0431: Qualitative drug screening 76

J0470: Chelation therapy 77

J9010: Alemtuzumab (Campath®)..... 77

J9181: Etoposide (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16)..... 78

NCSVCS: Noncovered services 78

Información Médica Adicional

Cambios a la determinación local de cobertura de 2011 HCPCS..... 79

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).

*Nueva LCD***77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas — nueva LCD****Identificador de LCD: L31510 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Existen varias opciones de tratamiento para “basal cell carcinoma” (BCC) y “squamous cell carcinoma” (SCC) de la piel incluyendo excisión quirúrgica y terapia de radiación. Esta determinación local de cobertura (LCD) se enfocará solamente en la terapia de radiación (RT) para “basal cell carcinoma” (BCC) y “squamous cell carcinoma” (SCC) estado T1. Las lesiones de estado T1 son definidas como lesiones ≤ 2 cm.

Non-melanoma skin cancers (NMSC), también conocido como “basal cell carcinoma” (BCC) y “squamous cell carcinoma” (SCC) son las formas más comunes de cáncer de piel. El “basal cell carcinoma” se desarrolla de las células de piel dentro de la epidermis y pueden ser mayormente encontradas en áreas de sol expuestas tales como cara, oídos, manos y antebrazos. Los “basal cell carcinomas” son generalmente de crecimiento lento. Squamous cell carcinoma, de igual forma que basal cell, son típicamente encontrados en áreas de piel expuestas al sol, pero también pueden ocurrir en áreas de la piel que han tenido traumas previos (quemaduras, cicatrices) o áreas que tienen condiciones inflamatorias. Squamous cell carcinoma se desarrolla desde la capa media de la epidermis y puede ser de crecimiento lento o rápido y puede invadir estructuras adyacentes.

La terapia “external beam radiation therapy” (EBRT), también conocida como teleterapia, es una terapia dirigida a la lesión/tumores de una fuente de rayos X fuera del cuerpo del paciente, usualmente un acelerador lineal (“linacs”) los cuales producen rayos X (fotones) o electrones. Los electrones son de gran utilidad en tratar lesiones superficiales debido a que la dosis es dirigida a la superficie y se disipa cuando se va adentrando, de tal forma evadiendo el tejido subyacente. Los electrones usualmente tienen un rango de energía de 4-25 MV. Los rayos X terapéuticos (fotones) pueden tener energías en el rango kV (al menos 50 kV o mayor) o, más típicamente, en el rango MV. El tratamiento EBRT es usualmente dado en una serie de tratamientos diarios llamados fracciones que pueden extenderse en unas semanas (2-9). Existen varios métodos usados para administrar EBRT: convencional, 3D conformal, terapia de radio de intensidad modulada (IMRT), topográfica, y radiocirugía estereotáctica.

La braquiterapia, en contraste con EBRT, administra terapia de radiación dentro o en contacto con el cuerpo. La braquiterapia puede ser de dosis de bajos índices (LDR) o dosis de alto índice (HDR). LDR envuelve el colocar fuentes de radiación directamente en el tumor o próximo al tumor. El tratamiento HDR es administrado con índices de dosis mayores o igual a 1200 cGy por hora. Los elementos de radio de alta intensidad usados en HDR tienen un nivel suficientemente alto de radioactividad que previene el trato manual y la carga del aplicador.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, requisitos de documentación, y directrices de utilización para este servicio.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. 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. ❖

Revisiones a las LCD Existentes

11000: Wound debridement services — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29128 (Florida)

Identificador de LCD: L29146 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para servicios de desbridamiento de herida fue revisada recientemente en su mayoría el 30 de septiembre de 2009. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD para añadir códigos de diagnóstico adicionales basado en una solicitud de reconsideración.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los siguientes códigos de diagnósticos y códigos fueron añadidos:

885.0 – 885.1: Traumatic amputation of thumb (complete) (partial)

886.0 – 886.1: Traumatic amputation of other finger(s) (complete) (partial)

887.0 – 887.7: Traumatic amputation of arm and hand (complete) (partial)

895.0 – 895.1: Traumatic amputation of toe(s) (complete) (partial)

896.0 – 896.3: Traumatic amputation of foot (complete) (partial)

897.0 – 897.7: Traumatic amputation of leg(s) (complete) (partial)

997.60: Amputation stump, unspecified complication

997.62: Amputation stump complication, infection (chronic)

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011. 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. ❖

92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29276 (Florida)

Identificador de LCD: L29473 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La revisión más reciente a la determinación local de cobertura (LCD) para “scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI)” será efectiva el 1 de enero de 2011. En adición, una revisión ha sido hecha concerniente a las modificaciones del National Correct Coding Initiative (CCI) la cual identifica fotografía fundus (código CPT 92250) e imagen de escaneo de diagnóstico computarizado oftálmico (SCODI) (código CPT 92133 o 92134) como mutuamente exclusiva una de la otra cuando es realizada en el mismo día en el mismo ojo.

Fundus photography (CPT code 92250) and scanning ophthalmic computerized diagnostic imaging (CPT code 92133 or 92134) are generally mutually exclusive of one another in that a provider would use one technique or the other to evaluate fundal disease. However, there are a limited number of clinical conditions where both techniques are medically reasonable and necessary on the ipsilateral eye. In these situations, both CPT codes may be reported appending modifier 59 to CPT code 92250 (National Correct Coding Initiative Policy Manual, Chapter 11, Section G, Ophthalmology). El médico no está excluido de realizar fotografía fundus y segmento posterior SCODI en el mismo ojo en el mismo día bajo las circunstancias apropiadas (i.e., cuando cada servicio es necesario para evaluar y tratar al paciente).

La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada bajo la sección “Limitations” bajo la sección “Indications of Coverage for Posterior Segment SCODI” para añadir lenguaje sobre realizar fotografía fundus e imagen de escaneo diagnóstico computarizado oftálmico, segmento posterior (SCODI) en el mismo día en el mismo ojo. Una tabla ha sido también añadida para describir diagnósticos los cuales serán considerados médicamente razonables y necesarios para fotografía fundus y segmento posterior SCODI (código CPT 92133 o 92134) cuando es realizado en el mismo ojo en el mismo día. La sección “Documentation Requirements” ha sido revisada para indicar requisitos de documentación de registro médico cuando fotografía fundus y segmento posterior SCODI son realizados en el mismo ojo en el mismo día.

92132: *Scanning computerized ophthalmic ... (continuación)*

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

92250: Fundus photography — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29179 (Florida)

Identificador de LCD: L29341 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La revisión más reciente a la determinación local de cobertura (LCD) para “fundus photography” será efectiva el 1 de enero de 2011. En adición, una revisión ha sido hecha concerniente a las modificaciones del National Correct Coding Initiative (CCI) la cual identifica fotografía fundus (código CPT 92250) e imagen de escaneo de diagnóstico computarizado oftálmico (SCODI) (código CPT 92133 o 92134) como mutuamente exclusiva una de la otra cuando es realizada en el mismo día en el mismo ojo.

Fundus photography (CPT code 92250) and scanning ophthalmic computerized diagnostic imaging (CPT code 92133 or 92134) are generally mutually exclusive of one another in that a provider would use one technique or the other to evaluate fundal disease. However, there are a limited number of clinical conditions where both techniques are medically reasonable and necessary on the ipsilateral eye. In these situations, both CPT codes may be reported appending modifier 59 to CPT code 92250 (National Correct Coding Initiative Policy Manual, Chapter 11, Section G, Ophthalmology). El médico no está excluido de realizar fotografía fundus y segmento posterior SCODI en el mismo ojo en el mismo día bajo las circunstancias apropiadas (i.e., cuando cada servicio es necesario para evaluar y tratar al paciente).

La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada bajo la sección “Limitations” y añade lenguaje sobre el realizar fotografía fundus y segmento posterior SCODI en el mismo día en el mismo ojo. Una tabla ha sido también añadida para describir diagnósticos los cuales serán considerados médicamente razonables y necesarios para fotografía fundus y segmento posterior SCODI (código CPT 92133 o 92134) cuando es realizado en el mismo ojo en el mismo día. El anexo de la LCD “Coding Guidelines” también ha sido revisado para añadir lenguaje para indicar que todos los servicios/procedimientos realizados en la misma fecha de servicio para el mismo paciente por el mismo proveedor deben ser presentados en la misma reclamación.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

G0431: Qualitative drug screening — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L30574 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La revisión más reciente a la determinación local de cobertura (LCD) para “qualitative drug screening” será efectiva el 1 de enero de 2011. Además, una revisión fue hecha a la LCD. Bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, contenido fue añadido para clarificar criterios médicamente razonable y necesarios, y bajo la sección “Limitations” de la LCD como también en el anexo “Coding Guidelines”, contenido fue añadido para clarificar el punto de servicio para examen cualitativo de medicamento de orina. Además el código diagnóstico 518.81 (Acute respiratory failure) fue añadido bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. 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. ❖

J0470: Chelation therapy — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29098 (Florida)

Identificador de LCD: L29113 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La terapia de quitación es administrada de agentes quelantes para la remoción de metales pesados del cuerpo como tratamiento por intoxicación o envenenamiento por metales pesados. Para propósitos de esta determinación local de cobertura (LCD), los agentes quelantes son medicamentos los cuales son administrados subcutáneamente (SQ), intramuscularmente (IM), o intravenosamente (IV) por el médico o el profesional de la salud provisto que se cumpla el criterio de diagnóstico por toxicidad.

Revisiones fueron hechas a las siguientes secciones de la LCD:

Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity

Documentation Requirements

Utilization Guidelines

Sources of Information and Basis for Decision

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. 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. ❖

J9010: Alemtuzumab (Campath®) — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29055 (Florida)

Identificador de LCD: L29073 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para alemtuzumab (Campath®) fue efectiva para 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, bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity” de la LCD, las indicaciones aprobadas de la Food and Drug Administration (FDA) fueron actualizadas para leer como sigue:

Alemtuzumab (Campath®) es aprobada por la FDA como un solo agente para el tratamiento de leucemia linfocítica crónica de célula B (B-cell chronic lymphocytic leukemia, B-CLL).

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

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 11 de enero de 2011, para los servicios prestados a partir del 19 de septiembre de 2007. 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. ❖

J9181: Etoposide (Etopophos[®], Toposar[®], Vepesid[®], VP-16) — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29169 (Florida)

Identificador de LCD: L29423 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para etoposide (Etopophos[®], Toposar[®], Vepesid[®], VP-16) 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, basado en una solicitud de reconsideración, la indicación de tumores neuroendocrinos (malignant poorly differentiated) fue añadida bajo la porción de indicaciones sin etiqueta de la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. También, bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, código ICD-9-CM 209.30 (Malignant poorly differentiated neuroendocrine carcinoma, any site) fue añadido. En adición, las secciones “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 21 de enero de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

NCSVCS: Noncovered services — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La revisión más reciente a la determinación local de cobertura (LCD) para servicios no cubiertos será efectiva el 1 de enero de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada a la LCD. Dos códigos CPT Categoría III de la actualización de julio de 2010 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), petición de cambio (CR) 6974, CR 6996, y CR 7008 fueron evaluadas y fueron determinadas como que no son medicamento razonables y necesarias por ahora basado en la evidencia publicada disponible actual (e.g., literatura médica revisada por expertos, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, los códigos *CPT 0226T* y *0227T* Categoría III fueron añadidos a los servicios no cubiertos de la LCD.

Bajo la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD, los siguientes códigos *CPT* Categoría III fueron añadidos:

- *0226T – Anoscopy, high resolution (HRA) (with magnification and chemical agent enhancement); diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing when performed*
- *0227T – Anoscopy, high resolution (HRA) (with magnification and chemical agent enhancement); with biopsy(ies)*

En adición, los códigos, *CPT 43499* (EsophyX[®] System [transoral incisionless fundoplication TIF[®]]) y *64999* (Minimally invasive lumbar decompression [MILD] procedure) fueron añadidos a la LCD bajo la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD basado en una evaluación de estos servicios. El código *CPT 97139* (MicroVas[®] therapy) fue añadido a la LCD bajo la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Devices” de la LCD basado en una evaluación de este servicio.

La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido también revisada para actualizar el lenguaje para reflejar criterios médicamente razonables y necesarios para la cobertura al nivel local. En adición, el lenguaje en la sección “Documentation Requirements” de la LCD ha sido también revisada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 13 de febrero de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

Información Médica Adicional

Cambios a la determinación local de cobertura de 2011 HCPCS

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones locales de cobertura (LCD) impactadas por la actualización anual del 2011 Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Los códigos de procedimiento han sido añadidos, revisados, reemplazados y borrados como corresponde:

Título de la LCD	Cambios
G0104 Colorectal Cancer Screening (Coding Guidelines only)	Contenido añadido relacionado al Modificador PT (Colorectal cancer screening test; converted to diagnostic test or other procedure)
G0430 Qualitative Drug Screening	Eliminado el código HCPCS G0430 Añadido el código HCPCS G0434 Cambio de descriptor para los códigos HCPCS G0431 Cambió el “Número de Determinación del Contratista” a G0431
IDTF Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF)	Eliminados los códigos CPT 76150, 76350, 76880, 91000, 91011, 91012, 91052, 91055, 92135, 93012, 93014, 93230, 93231, 93232, 93233, 93235, 93236, 93237, 93501, 93508, 93510, 93511, 93514, 93524, 93526, 93527, 93528, 93529, 93555, y 93556 del anexo de “Coding Guidelines” Añadido los códigos CPT 43754, 43755, 74176, 74177, 74178, 76881, 76882, 91013, 92132, 92133, 92134, 93451, 93452, 93453, 93454, 93455, 93456, 93457, 93458, 93459, 93460, y 93461 al anexo de “Coding Guidelines” Eliminado los códigos CPT 93501, 93508, 93510, 93511, 93514, 93524, 93526, 93527, 93528, 93529, 93555 y 93556 de la LCD. Añadido los códigos CPT 93451, 93452, 93453, 93454, 93455, 93456, 93457, 93458, 93459, 93460, 93461, y 93462 a la LCD
J0128 Abarelix for the Treatment of Prostate Cancer	Retirada la determinación local de cobertura puesto que el código HCPCS J0128 fue eliminado. El medicamento fue retirado del mercado de los Estados Unidos.
J0205 CEREDASE/CEREZYME	Eliminado el código HCPCS J1785 Añadido los códigos HCPCS J1786
J2503 Macugen (pegaptanib sodium injection)	Eliminado el código CPT 92135 Añadido el código CPT 92134
J7187 Hemophilia Clotting Factors	Eliminado el código HCPCS C9267 Añadido el código HCPCS J7184 Cambió el “Número de Determinación del Contratista” a J7184
J9280 Mitomycin (Mutamycin®, Mitomycin-C)	Eliminado los códigos HCPCSs J9290 y J9291
J9350 Topotecan Hydrochloride (Hycamtin®)	Eliminado el código HCPCS J9350 Añadido el código HCPCS J9351 Cambió el “Número de Determinación del Contratista” a J9351
NCSVCS Noncovered Services	Cambio de descriptor para los códigos CPT 0184T, 0191T, 0208T, 0209T, 0210T, 0211T, 0212T, 0219T, 0220T, 0221T, y 0222T Eliminado los códigos CPT 0016T (reemplazado el código CPT 67299), 0017T (reemplazado con el código CPT 67299), 0060T (no relacionado a 2011 HCPCS Update – reemplazado con el código CPT 76499), 0104T (reemplazado con el código CPT 93799), 0105T (reemplazado con el código CPT 93799), 0130T (reemplazado con el código CPT 99199), 0140T (reemplazado con el código CPT 83987), 0160T (reemplazado con el código new CPT 90867), 0161T (reemplazado con el código new CPT 90868) Removido los códigos CPT 90663, 90670, y 89420 (reemplazado con los nuevos códigos CPT 0058T y 0059T) Añadido los códigos CPT 90644, 90664, 90666, 90667, 90668, 92227 y 92228

DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE B

Cambios a la determinación local de cobertura ... (continuación)

Qutenza® Qutenza® (capsaicin) 8% patch	Cambió el código HCPCS J3490 a el código HCPCS J7335 Eliminado el código HCPCS C9268 del anexo “Coding Guidelines” y reemplazado con el código HCPCS J7335
SKINSUB Skin Substitutes	Eliminado el código HCPCS Q4109 Añadido los códigos HCPCS Q4117-Q4121 a la sección de “Non-Covered Products” de la LCD Cambio de descriptor para los códigos HCPCS Q4101-Q4108, Q4110-Q4113, y Q4115 El contenido fue revisado en el anexo de “Coding Guidelines” para reflejar los cambios de descripción del código para los códigos CPT 97597 y 97598
THERSVCS Therapy y Rehabilitation Services	Información añadida relacionada al cambio de indicador de estatus de “I” a “A” para el código CPT 95992
Xiaflex® Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®)	Cambió el código HCPCS J3590 a el código HCPCS J0775 Eliminado el código HCPCS C9266 del anexo “Coding Guidelines” y reemplazado con el código HCPCS J0775
01991 Monitored Anesthesia Care (MAC) for Certain Interventional Pain Management Services (Coding Guidelines only)	Cambio de descriptor para los códigos CPT 64479, 64480, 64483, y 64484
11000 Wound Debridement Services	Eliminado los códigos CPT 11040 y 11041 Añadido los códigos CPT 11045, 11046, y 11047 Cambio de descriptor para los códigos CPT 11042, 11043, 11044, 97597 y 97598
17311 Mohs Micrographic Surgery (MMS) (Coding Guidelines only)	Cambio de descriptor para los códigos CPT 88332
27096 Sacroiliac Joint Injection	Cambio de descriptor para los códigos CPT 77003
43644 Surgical Management of Morbid Obesity	Removed el código CPT 43775 puesto que este código no está cubierto nacionalmente
61885 Vagal Nerve Stimulation (VNS) for Intractable Depression	Eliminado el código CPT 64573 Añadido los códigos CPT 64568, 64569, y 64570
62310 Epidural	Cambio de descriptor para los códigos CPT 64479, 64480, 64483, y 64484 Contenido añadido al anexo “Coding Guidelines” para indicar que la imagen de guía (fluoroscopy o CT) y cualquier inyección de contraste son componentes inclusivos de los códigos CPT 64479-64484. Guía de imagen y localización son requeridos para el desempeño de los códigos CPT 64479-64484.
64702 Surgical Decompression for Peripheral Polyneuropathy	Cambio de descriptor para los códigos CPT 64708, 64712, y 64714
66761 Iridotomy by Laser Surgery	Cambio de descriptor para los códigos CPT 66761 Retirado el anexo “Coding Guidelines” puesto que ya no es aplicable basado en el nuevo descriptor para el código CPT 66761
72192 Computed Tomography of the Abdomen y Pelvis	Añadido CPT 74176, 74177, y 74178
77371 Stereotactic Radiosurgery (SRS) y Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) (Coding Guidelines only)	Eliminado el código CPT 61795
86294 Urinary Tumor Markers for Bladder Cancer	Removed los códigos CPT 88367 y 88368 Añadido los códigos CPT 88120 y 88121
92135 Scanning Computerized Ophthalmic Diagnostic Imaging (SCODI)	Eliminado los códigos CPT 92135 y 0187T Añadido los códigos CPT 92132, 92133, y 92134 Cambió el “Número de Determinación del Contratista” a 92132

Cambios a la determinación local de cobertura ... (continuación)

92250 Fundus Photography	Añadido los códigos <i>CPT 92227</i> y <i>92228</i> como que no cumple los criterios de juicio y necesidad de Medicare para fotografía de fondo del estomago
93224 Electrocardiographic Monitoring for 24 hours (Holter Monitoring)	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 93224, 93225, 93226, y 93227</i> Eliminado los códigos <i>CPT 93230, 93231, 93232, 93233, 93235, 93236, y 93237</i> Cambió el “Título de la LCD” a “External Electrocardiographic Recording”
93268 Patient Demy Single or Multiple Event Recorder	Eliminado los códigos <i>CPT 93012</i> y <i>93014</i> Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 93268, 93270, 93271, y 93272</i>
93501 Cardiac Catheterization	Eliminado los códigos <i>CPT 93501, 93510, 93511, 93514, 93524, 93526, 93527, 93528, y 93529</i> Añadido los códigos <i>CPT 93451, 93452, 93453, 93456, 93457, 93458, 93459, 93460, y 93461</i> Cambió el “Número de Determinación del Contratista” a <i>93451</i>
93922 Non-Invasive Physiologic Studies of Upper or Lower Extremity Arteries	Cambio de descriptor para los códigos los códigos <i>CPT 93922, 93923, y 93924</i>

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

FORMULARIO DE PARTE B

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

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

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT

REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

