

EN ESTA EDICIÓN...



CUANDO LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Actualización del precio promedio de venta trimestral de abril de 2011 y revisiones a archivos anteriores	
La instrucción oficial está disponibles en el sitio Web de CMS	8
HIPAA 5010 & D.0 - calendario de implementación y recordatorios importantes	
Entérese de los eventos actuales y futuros de este proceso de implementación	9
Prevención de fraude en la atención médica	
Se ha recuperado más de \$4 billones de dólares robados a los programas de salud	16
Pautas para decidir la admisión de pacientes a un hospital	
Importancia de estar informado de las políticas de CMS sobre estas decisiones.....	27
Reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal	
CMS ha identificado y corregido un problema respecto a diálisis a domicilio.....	33
Información a instituciones sobre facturación de 90662	
Información a instituciones proveedoras sobre facturación de 90662	37
Tarifas resultantes de la actualización de MPFS	
Cambios de tarifa resultantes de la actualización de MPFS a abril de 2011	46
Transición del sistema de contabilidad HIGLAS para los proveedores de la Parte B de FCSO	
La transición a HIGLAS será completada el 14 de marzo	52

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	24
Información para proveedores de la Parte A.....	25
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	41
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	44
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	45
Información para proveedores de la Parte B.....	46
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	57
Formulario para ordenar materiales de Parte B	61
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	62

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

Reproceso reclamaciones Affordable Care Act .. 4
 Affordable Care Act: sección 3113 5
 Reclamaciones ESRD devueltas al proveedor ... 5
 Actualización de tarifa fija DMEPOS para 2011 .. 6
 Auto denegación de reclamaciones mod. GZ 6
 Cambios trimestrales del código HCPCS..... 7
 Actualización de base de datos de tarifas fijas.... 7
 Actualización precio promedio venta trimestral ... 8
 Establezca ahora su calendario de revisiones ... 8
 HIPAA 5010 y D.0 calendario implementación 9
 Modificación a PWK para X12N versión 5010... 10
 Actualización de Medicare Learning Network ... 11
 Mes nacional de alerta del glaucoma 12
 Folleto del proceso de apelaciones a Medicare 12
 Hojas informativas de EHR disponibles 13
 Tabla Medicare Immunization Billing 13
 Recordatorio de vacuna contra la influenza 13
 Transcripción de teleconferencia sobre ICD-10 14
 Cambios a plazos de reclamaciones de tarifas 14
 Recordatorio de reclamaciones a tiempo 15
 Información de registros de salud electrónico... 15
 Prevención de fraude en la atención médica 16
 Programas de incentivo EHR 18
 Americanos sin seguro obtienen cobertura 19
 Febrero es el mes americano del corazón 20
 CMS conduce llamadas de seguimiento CERT 20
 Llamado por documentación Medicare y MSR.. 21
 Nueva ayuda de registro médico electrónico 21
 Nuevo programa DMEPOS 22
 Nuevo Listserv de registro médico electrónico.. 22
 Anuncios de ICD-9 y de ICD-10 23

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....24

Parte A

Encuentro cara a cara para certificar salud 25
 Reclamaciones para Sección 508 y hospitales. 25
 Publicación fuera de ciclo de IPPS PRICER 26
 MMEA extensión de pago de laboratorio..... 26
 Actualización de lógica de indicador FISS 27

Pautas de admisión pacientes a hospital ... 27
 Aprenda a presentar reclamaciones..... 28
 Actualización programa de compra 28
 Hoja informativa Medicare Hospital..... 28
 Actualización pagos PC Pricer 29
 Corrección actualización pagos PC Pricer . 29
 Hoja informativa pagos prospectivos 29
 Hoja informativa Swing Bed 29
 Servicios CRNA en CAH método II 30
 Hospitales recibirán reportes gratuitos 30
 Dispensa de coseguro y deducible RHC.... 31
 Hoja informativa Rural Referral Center 31
 Sistema de pagos centro psiquiátrico.....32
 Reprocesamiento de reclamaciones SNF.. 32
 Actualización PC Pricer SNF 2011 32
 Corrección Actualización PC Pricer SNF 32
 Clarificación póliza índice de pago ESRD.. 33
 Reclamaciones enfermedad renal terminal 33
 Revisión de códigos ICD-9 ESRD PPS.....34
 Archivos trimestrales del proveedor.. 34
 Actualización de HH PPS PC Pricer 2011.. 34
 Índice de error de MAC J9 Parte A..... 35
 Requisitos de reporte de salud a domicilio. 36
 Reclamaciones institucionales Parte A..... 37
 Información de facturación 9066237

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación ...38

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 41

Ordenar materiales de Parte A 44

Contactos Parte A de Puerto Rico45

Parte B

Cambios de tarifa por actualización MPFS 46
 Acreditación técnica imagen diagnóstico ... 46
 Códigos HCPCS adicionales 47
 Actualización de versión 2.8 de MREP 48
 Hoja informativa ASC Fee Schedule 48
 Publicación revisada PQRI de 2007..... 48
 Recordatorio programa de incentivo eRx... 49
 Recordatorio facturación de vacunación 50
 Transición de HIGLAS 52

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación... 54

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 57

Ordenar materiales de Parte B.....61

Contactos Parte B de Puerto Rico 62

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 3, No. 2
Febrero 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 los previene de obtenerla de la Internet y ellos nos han devuelto el formulario completo de inscripción. Los formularios de inscripción deben ser enviados anualmente o cuando se experimente un cambio de circunstancias que impacta el acceso electrónico.

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Reproceso de reclamaciones afectadas por el Affordable Care Act y el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos 2010

Este mensaje es para los médicos, otros practicantes, suplidores de ambulancia, hospitales del paciente hospitalizado/ambulatorio, hospitales del cuidado a largo plazo, centros de rehabilitación del paciente hospitalizado, agencias de salud en el hogar, y cualquier tipo de proveedor afectado por la fecha efectiva posterior a la implementación de provisiones selectas del Affordable Care Act y el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) 2010.

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el *Affordable Care Act*. Varias provisiones de la nueva ley fueron efectivas el 1 de abril de 2010, o anterior a esa fecha, por lo tanto, fueron implementadas algún tiempo después de su fecha de efectividad. En adición, las correcciones al MPFS 2010 fueron implementadas al mismo tiempo que las revisiones del *Affordable Care Act* al MPFS, con una fecha efectiva retroactiva del 1 de enero de 2010.

Debido a las fechas efectivas de estas provisiones y las correcciones al MPFS, un gran volumen de reclamaciones de servicio a tarifa de Medicare serán reprocesadas. Dado este gran trabajo, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están tomando pasos para asegurar que nuevas reclamaciones llegando al programa de Medicare sean procesadas oportuna y precisamente, aun cuando los ajustes retroactivos estén siendo realizados. CMS comenzará a reprocesar estas reclamaciones en las próximas semanas. CMS espera que este esfuerzo de reprocesamiento tome algún tiempo y variará dependiendo del tipo de reclamación, el volumen, y cada administración individual del contratista de Medicare.

En la mayoría de los casos, usted no tendrá que solicitar ajustes porque la administración del contratista para con las reclamaciones de Medicare reprocesarán automáticamente sus reclamaciones afectadas. Favor de no volver a presentar las reclamaciones por que serán denegadas como reclamaciones duplicadas y entorpecerán el proceso de ajuste retroactivo. Sin embargo, cualquier reclamación que contiene servicios con cargos presentados más bajos que la cantidad revisada de tarifa fija 2010 (MPFS y tarifa fija de ambulancia) no puede ser reprocesada automáticamente a los índices más altos. En tales casos, usted necesitará solicitar una reapertura manual/ajuste de su contratista de Medicare. Mientras que normalmente existe un límite de tiempo de un año para los médicos y otros proveedores y suplidores para solicitar la reapertura de reclamaciones, CMS cree que estas circunstancias caen bajo el criterio de "buena causa" descrito en el *Medicare Claims Processing*

Manual, Publication 100-04, Chapter 34, Section 10.11 (<http://www.cms.gov/manuals/downloads/clm104c34.pdf>). CMS, por lo tanto, está extendiendo el periodo de tiempo para solicitar ajustes de estas reclamaciones, como sea necesario.

La administración de reclamaciones del contratista de Medicare seguirá el proceso normal para tratar cualquier pago incompleto aplicable o sobrepago que ocurre mientras reprocesan sus reclamaciones. Los pagos incompletos serán incluidos en la próxima remesa programada regularmente después del ajuste. Los sobrepagos resultantes del proveedor institucional (e.g., hospitales, centros de rehabilitación del paciente hospitalizado, etc.) ajustes de reclamación serán compensados inmediatamente, sin importar la cantidad, a menos que no hayan suficientes fondos para realizar la compensación. Cuando estos sobrepagos no pueden ser compensados, las cantidades se acumularán hasta que se alcance un límite de \$25. Para ese tiempo, una carta de demanda será enviada al proveedor institucional. Cuando un ajuste de reclamación para un proveedor no institucional (e.g., médico, otro practicante, suplidor, etc.) resulta en un sobrepago, el contratista de Medicare enviará una solicitud de repago. Si este sobrepago es menos de \$10, su contratista no solicitará repago hasta que la cantidad total debida acumule al menos \$10. Vea el *Financial Management Manual, Publication 100-06, Chapter 4, Section 70.16 o Section 90.2* (<http://www.cms.gov/manuals/downloads/fin106c04.pdf>) para más información.

CMS desea recordarle a los médicos, practicantes, suplidores, y otros proveedores, impactados por el incremento retroactivo en índices de pago para las reclamaciones afectas por el *Affordable Care Act* y los cambios del MPFS 2010, de la póliza de la Oficina del Inspector General relacionada a dispensar las cantidades de costo compartido del beneficiario atribuible al incremento retroactivo en índices de pago resultante de la operación de los nuevos estatutos federales o regulaciones. La póliza puede ser encontrada en http://oig.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/Retroactive_Beneficiary_Cost-Sharing_Liability.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201102-18

Affordable Care Act – Sección 3113 – demostración de laboratorio para ciertas pruebas complejas de diagnóstico

Número de *MLN Matters*: MM7278

Número de petición de cambio relacionado: 7278

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2144CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La Sección 3113 del *Affordable Care Act* exige que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) conduzcan un proyecto de demostración para ciertas pruebas complejas de laboratorio de diagnóstico por un periodo de dos años, comenzando el 1 de julio de 2011, o hasta que se haya alcanzado el pago de cien millones de dólares (\$100,000,000). La demostración establecerá un método de pago separado para estas pruebas con una fecha de servicio (DOS) que estaría, bajo las reglas estándares de Medicare, conjuntas en el pago para una estancia de hospitalización asociada.

Bajo la demostración, los laboratorios independientes y basados en hospital pueden facturar separadamente para pruebas de demostración que son ordenadas dentro de un periodo de 14 días después de la dada de alta de un hospital. El DOS de un servicio de laboratorio clínico de diagnóstico también debe estar dentro del periodo de demostración del 1 de julio de 2011, hasta el 30 de junio de 2013.

Todos los códigos HCPCS incluidos en esta demostración serán identificados en “*Section 3113 Demonstration Fee Schedule*”. Esta tarifa fija será usada para pagar los códigos HCPCS incluidos en la demostración y facturados, utilizando el identificador 56 de proyecto de demostración. Las reclamaciones presentadas con el identificador de proyecto 56 sin un código HCPCS envuelto en la demostración serán rechazadas con un código de denegación 96 (*Non-covered charge(s)*) y un código de comentarios de M114 (Este servicio fue procesado en acuerdo con las reglas y directrices bajo el Programa de Licitación Competitiva o un Proyecto de Demostración. Para más información sobre estos proyectos, contacte su contratista local.) Las reclamaciones presentadas con el identificador de proyecto 56 con un DOS fuera del rango de fecha de la demostración o después de que se alcance el límite de \$100,000,000 serán rechazado con estos mismos códigos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7278.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7278, 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/R2144CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2144, CR 7278

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

Reclamaciones ESRD facturadas con el código de ingreso 0250 devueltas al proveedor

Nota: El artículo CR 7064 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en enero de 2011, en Medicare A Y B AL DÍA (página 12).

Número de petición de cambio relacionado: 7064

Resumen

La petición de cambio (CR) 7064 implementó el paquete de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) de sistema de pagos prospectivos (PPS). Las directrices de implementación exigían al contratista reportar medicamentos orales con el código de ingreso 0250 con el código de medicamento nacional (NDC). Fue determinado que este cambio exigía la presentación de un código HCPCS, el cual causó que la reclamación sea devuelta al proveedor (RTP) con el código de denegación 32400. Los cambios de codificación han sido realizados al código de ingreso 0250 para no requerir un código HCPCS.

Se requiere acción por parte del proveedor

Las reclamaciones impactadas que fueron RTP con el código de denegación 32400 pueden volver a ser presentadas para su procesamiento.

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

Nota: El artículo MM 7248 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en enero de 2011, en Medicare A Y B Al Día (página 14).

Número de *MLN Matters*: MM7248

Número de petición de cambio relacionado: 7248

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2142CP

Fecha de implementación: 4 de abril 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

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.

- 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/MLNMattersArticles/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/R2142CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2142, CR 7248

Auto denegación de reclamaciones presentadas con un modificador GZ

Número de *MLN Matters*: MM7228

Número de petición de cambio relacionado: 7228

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2148CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

El *Health and Human Services Office of General Counsel* (OGC) ha provisto directrices de que los contratistas de Medicare que procesan reclamaciones institucionales y profesionales tengan la discreción de denegar automáticamente las reclamaciones facturadas con el modificador GZ. El modificador GZ indica que una notificación anticipada al beneficiario (*Advance Beneficiary Notice*, ABN) no fue emitida al beneficiario y significa que el proveedor espera denegación debido a la falta de necesidad médica, basado en conocimiento informado de póliza de Medicare. Los contratistas de Medicare denegarán automáticamente los artículos de línea(s) de reclamación presentados con un modificador GZ, efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2011. Además, su contratista de Medicare no realizará revisión médica compleja en cualquier línea de artículo(s) de reclamación presentado con el modificador GZ. En adición, los artículos de línea denegados debido a la presencia del modificador GZ reflejarán un Código de Denegación de Ajuste de Reclamación 50 (CARC, por sus siglas en inglés) (Estos servicios no están cubiertos debido a que no son estimados una "necesidad médica" por el pagador) y un Código de Grupo de CO (Obligación Contractual) para mostrar la responsabilidad del proveedor /suplidor.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7228.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7228, 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/R2148CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2148, CR 7228

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

Cambios trimestrales del código HCPCS de medicamento/productos biológicos – actualización de abril de 2011

Número de *MLN Matters*: MM7299
 Número de petición de cambio relacionado: 7299
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2147CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2011, el código Q2040 del *Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (injection, Incobotulinumtoxin A, 1 Unit)* será pagable por Medicare. Especialmente, Q2040 será aceptado como un código HCPCS válido para las fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2011, utilizando el Tipo de Servicio (TOS) 1, 9, y el indicador de estatus de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) “E” (excluido de la tarifa fija para médicos por regulación). Los proveedores deben asegurarse que el personal de facturación está al tanto de este cambio de código HCPCS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7299.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7299, 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/R2147CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2147, CR 7299

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 base de datos de tarifas fijas en manual de Medicare para médicos, abril de 2011

Número de *MLN Matters*: MM7319
 Número de petición de cambio relacionado: 7319
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2150CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Este artículo detalla los cambios incluidos en la actualización trimestral de abril a los archivos de pago de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS). Tenga en cuenta que los contratistas de Medicare no buscaran sus archivos para retractar pago por las reclamaciones ya pagadas o para pagar retroactivamente las reclamaciones que fueron procesadas antes de la implementación de esta petición de cambio. Sin embargo, los contratistas ajustarán las reclamaciones traídas a su atención.

Para reflejar la póliza de pago apropiada en línea con el año calendario 2011 MPFS Reglamentación Final, algunos indicadores de pago y gastos de práctica (PE) unidades de valor relativo (RVU) han sido revisadas. Nuevos archivos de pago MPFS han sido creados que incluyen estos cambios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7319.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7319, 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/R2150CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2150, CR 7319

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

Actualización del precio promedio de venta trimestral de abril de 2011 y revisiones a archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM7298
 Número de petición de cambio relacionado: 7298
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de enero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2135CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Este artículo instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar el archivo de precio de medicamento del precio promedio de venta (ASP) de abril 2011 para los medicamentos de Medicare Parte B, y si es publicado por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos revisados de enero 2011, octubre 2010, julio 2010, y abril 2010.

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

Medicare usará estos archivos para determinar el límite de pago para las reclamaciones por medicamentos de Medicare Parte B pagables por separado o reprocesados a partir del 4 de abril de 2011, con fechas de servicio del 1 de abril al 30 de junio de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7298.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7298, 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/R2135CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2135, CR 7298

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Establezca ahora su calendario de revisiones

Llamar a FCSO: 888.670.0940 opción-1
 Las revisiones presentadas serán revisadas

¿Ha comenzado la revisión externa de la versión 5010?

Todas las entidades bajo *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) que presentan transacciones electrónicas, deben actualizar sus estándares de transacciones, de versión 4010/4010A a 5010, para el 1 de enero de 2012.

La revisión debe hacerse tanto internamente como con los asociados externos, en preparación del plazo final que vence el 1 de enero de 2012. La revisión interna de versión 5010 debería haber finalizado el 31 de diciembre de 2010. Ahora es el momento de comenzar la revisión externa.

Pruebas de transacciones utilizando los estándares de versión 5010, asegurarán que usted puede enviar y recibir transacciones de manera efectiva. Y las pruebas tempranas le permitirán identificar cualquier problema potencial y solucionarlo con anticipación.

¡Manténgase delante de las transiciones a la versión 5010 e ICD-10! Conozca los plazos y márquelos en su calendario:

- **1 de enero de 2011** – comienza la revisión externa de versión 5010 para reclamaciones electrónicas
 - Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) comienzan a aceptar reclamaciones versión 5010
 - Continúan siendo aceptadas las reclamaciones versión 4010
- **31 de diciembre de 2011** – debe estar completa la revisión externa de versión 5010 para reclamaciones electrónicas, a fin de cumplir con el Nivel II de Versión 5010
- **1 de enero de 2012** – todas las reclamaciones electrónicas deben usar la versión 5010; las reclamaciones versión 4010 no son aceptadas
- **1 de octubre de 2013** – las reclamaciones por servicios provistos a partir de esta fecha, deben usar códigos ICD-10 para diagnóstico médico y procedimientos de paciente hospitalizado; los códigos CPT continuarán siendo utilizados para paciente ambulatorio

CMS tiene recursos que pueden ayudarle con la transición de versión 5010 e ICD-10, en www.cms.gov/icd10
 Ya vienen la Versión 5010 e ICD-10. ¿Estará usted preparado?

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

Fuente: CMS PERL 201102-06

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

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: ¿Ha hecho usted lo siguiente en preparación de 5010/D.0.?

Evaluación de preparación: ¿Qué necesita tener para las pruebas con su contratista administrativo de Medicare (MAC)?

Recordatorio: 5010/D.0. aquí se puede encontrar requisitos de errata y calendario de pruebas.

Recordatorio: Contacte su MAC por el calendario de pruebas.

Calendario de implementación

Fecha	Actividad
1 de enero	Comienzo del año de transición
11 de enero	<i>Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) 5010 actualización de preparación de la industria. *</i>
19 de enero	5010 teleconferencia nacional -- errata/guías
25-27 de enero	IV foro de implementación de WEDI 5010 y ICD-10 – avanzando por la ruta de implementación: Adelante con las pruebas previas a la implementación
20-24 de Febrero	XI conferencia y exhibición anual de HIMSS *
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 la prueba?
2-5 de mayo	XX conferencia nacional anual de WEDI *
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
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	Conferencia de otoño 2011 de WEDI *
31 de diciembre	Fin del año de transición y comienzo del ambiente de producción de 5010

HIPAA 5010 & D.O - calendario... (continuación)

Eventos sucedidos durante 2010

Fecha	Actividad
15 de junio	5010 teleconferencia nacional – ICD-10/5010 teleconferencia nacional para el proveedor
30 de junio	5010 teleconferencia nacional – 837 transacciones de reclamaciones de instituciones
28 de julio	5010 teleconferencia nacional – 276/277 set de respuestas a consultas sobre estado de reclamaciones y transacciones
25 de agosto	5010 teleconferencia nacional – 835 aviso de envío de transacción
27 de septiembre	5010 teleconferencia nacional – acuse de recibo de transacciones (TA1, 999, 277CA)
13 de octubre	5010/D.O. publicación de requisitos de errata y calendario de pruebas
27 de octubre	5010 teleconferencia nacional – versión NCPDP transacción D.O.
4 de noviembre	Publicación de tarjeta de recursos de versión 5010
8 de noviembre	Teleconferencia WEDI de otoño de 2010 *
17 de noviembre	5010 teleconferencia nacional – coordinación de beneficios (COB)
8 de diciembre	5010 teleconferencia nacional – actividades de educación y extensión de MAC y protocolos específicos de pruebas de transacciones

Para información de teleconferencias nacionales más antiguas, visite 5010 national calls section of CMS' versions 5010 & D.O. 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 tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201102-15

Modificación a implementación de segmento PWK de X12N versión 5010

Número de *MLN Matters*: MM7306

Número de petición de cambio relacionado: 7306

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R849OTN

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Es necesario cumplir con requisitos adicionales para completar la implementación del segmento de manipulación de documentos escritos en papel (PWK) fijado para julio de 2011. Es de importancia para la comunidad de proveedores, un cambio donde los contratistas de Medicare, cuando reciban una carátula de fax/correo incompleta/incorrecta devolverán solamente dicha carátula. Según la orden de cambio (CR) 7041, se devolvía también los datos adjuntos, pero éste ya no es el caso. También, note que CR 7306 exige a su contratista que la información médica confidencial (PHI) en la carátula del fax de rechazo que le envía sea enviada en clave.

Además, ocurrirán los cambios siguientes:

- En PWK02, los contratistas de Medicare utilizarán solamente los valores BM y FX. Se aceptará otros valores solamente en prototipos de anexos de reclamaciones electrónicas aprobadas por CMS, basadas en acuerdos con asociados que así lo desean.
- Los contratistas de Medicare tendrán la facultad de aceptar el valor PWK02 de EL, para aquellos que se encuentran en un prototipos de anexos de reclamaciones electrónicas aprobadas por CMS. Los contratistas deberán mantener una “espera” de siete días corridos (a partir de la fecha de recibo) para la presentación de información adicional cuando el valor de PWK02 sea EL.

Modificación a la implementación del segmento PWK... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7306.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7306, 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/R849OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 849, CR 7306

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

EDUCACIÓN

Actualizaciones de la Medicare Learning Network

Hoja informativa “Publications For Your Medicare Beneficiaries”

Medicare Learning Network® (MLN) ha entregado un nuevo producto titulado “*Publications For Your Medicare Beneficiaries*”. Esta hoja informativa contiene una variedad de publicaciones relativas al beneficiario para asistir a los proveedores en responder las preguntas de Medicare, todas las cuales pueden ser impresas y entregadas a los pacientes. Este producto es aconsejable para todos los proveedores y está en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/BenePubFS-ICN905183.pdf>.

Hoja informativa revisada: “Guidelines for Teaching Physicians, Interns, and Residents”

La guía “*Guidelines for Teaching Physicians, Interns, and Residents*” (revisada en diciembre de 2010) está ahora disponible en formato descargable, en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/gdelinesteachgresfctsh.pdf>. Esta hoja informativa provee información acerca de pago por servicios médicos en ambientes de enseñanza, pautas de documentación en general y E/M.

Curso basado en la Internet revisados: “HIPAA EDI Standards”

MLN ofrece el curso basado en la Internet “*HIPAA EDI Standards*” (revisado en enero de 2011) con crédito de continuación de la educación (CE). Para proveer información a los médicos, suplidores y otros profesionales de la salud con respecto a facturación y otras transacciones electrónicas, disposiciones de simplificación administrativa de la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), estándares de transacción electrónica y conjuntos de códigos requeridos por HIPAA, además de los pasos respecto al proceso de intercambio electrónico de datos de Medicare. Para tomar este curso, visite <http://www.CMS.gov/MLNProducts> y haga clic en “*Web-Based Training Modules*” bajo “*Related Links Inside CMS*”.

Publicación revisada: “Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers and Billers”

La publicación titulada “*Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physicians,*

Suppliers and Billers” (revisada en octubre de 2010), está diseñada para educar proveedores institucionales y profesionales que facturan a Medicare con información de aviso de remesa general (RA). Incluye instrucciones para ayudarle a interpretar los RA recibidos de parte de Medicare y conciliarlos con la reclamaciones presentadas, además de guiarle en como leer las notificaciones de remesa electrónicas (ERA) y los anuncios de remesa en papel estándar (SPR), así como información de balance de RA. Esta publicación puede ser bajada de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/RA_Guide_Full_03-22-06.pdf.

Publicación revisada: “Evaluation and Management Services Guide”

La publicación titulada “*Evaluation and Management Services Guide*” (revisada en diciembre de 2010) está ahora disponible en formato descargable de la Internet desde MLN, en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/eval_mgmt_serv_guide-ICN006764.pdf. Esta guía está diseñada para educar acerca de documentación de registros médicos y consideraciones sobre codificación y evaluación y manejo. Esta publicación incluye “*1995 Documentation Guidelines for Evaluation and Management Services*” y “*1997 Documentation Guidelines for Evaluation and Management Services*”.

Publicación impresa disponible: “CMS Email Subscription Service”

La herramienta educacional titulada “*CMS Email Subscription Service*” (revisada en octubre de 2010), que provee educación sobre las diversas listas electrónicas sobre servicios a tarifa fija (FFS) de CMS, está ahora disponible en formato de impresión de MLN. Para hacer su orden, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, baje a “*Related Links Inside CMS*” y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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

Fuente: CMS PERL 201102-28

Mes nacional de alerta de glaucoma

Le invitamos a unirse a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en la promoción de la toma de conciencia del glaucoma y del servicio de exámenes de glaucoma con cobertura de Medicare. Glaucoma es la segunda entre las causas más comunes de ceguera en los Estados Unidos y afecta a cerca de cuatro millones de norteamericanos, la mitad de los cuales ni siquiera saben que padecen la enfermedad. La ceguera puede ser evitada por medio de detección y tratamiento oportuno.

¿Qué puede hacer usted?

Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a pacientes mayores y otros de Medicare, usted puede ayudar a proteger la vista de sus pacientes con riesgo de glaucoma. Hágales saber sobre sus factores de riesgo y recuérdelos la importancia de someterse al examen anual de glaucoma cubierto por Medicare.

Cobertura de Medicare

Medicare cubre un examen anual de glaucoma para beneficiarios que forman parte de estos grupos de riesgo:

- Personas que padecen de diabetes mellitus
- Personas con historial familiar de glaucoma
- Afro-americanos de 50 y más años de edad
- Hispano-americanos de 65 y más años de edad

Un examen de glaucoma con cobertura de Medicare incluye:

- Examen del ojo dilatado con medición de presión intraocular (IOP)
- Examen oftalmológico directo o examen con lámpara de luz intensa para estudio bio-microscópico

Información adicional

- **Glaucoma Screening Brochure** – este folleto de la red Medicare Learning Network® (MLN) provee a los proveedores a tarifa fija de Medicare, una síntesis del servicio de exámenes de glaucoma con cobertura de Medicare. <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/glaucoma.pdf>
- **Glaucoma Screening Web Page** – esta página Web de CMS Web, contiene una síntesis de los servicios de exámenes de glaucoma con cobertura de Medicare, así como información acerca de recursos educacionales a disposición de proveedores de cuidados de la salud. http://www.cms.gov/GlaucomaScreening/01_Overview.asp
- **The MLN Preventive Services Educational Products Web Page** – esta página Web contiene una lista de productos educacionales MLN relacionados con servicios de prevención con cobertura de Medicare. Estos recursos están dedicados específicamente a proveedores a tarifa fija de Medicare y su personal. http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

Para más información sobre el mes nacional de alerta de glaucoma, visite <http://preventblindness.org/news/observe.html>. Gracias por unirse a CMS en promocionar la toma de conciencia acerca del glaucoma y los beneficios de exámenes de glaucoma con cobertura de Medicare.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖
Fuente: CMS PERL 201101-42

Folleto revisado sobre el proceso de apelaciones de Medicare

El folleto revisado titulado *The Medicare Appeals Process: Five Levels to Protect Providers, Physicians, and Other Suppliers* (revisado en enero de 2011) está ahora disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network® en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedicareAppealsProcess.pdf>. Este folleto está diseñado para proveer una perspectiva general del proceso de apelaciones administrativa de Medicare Parte A y Parte B disponible a los proveedores, médicos, y otros suplidores que proveen servicios y suministros a los beneficiarios de Medicare, como también detalles sobre donde obtener más información sobre este proceso de apelaciones.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖
Fuente: CMS PERL 201102-43

Hojas informativas relacionadas a EHR ahora están disponibles en formato impreso

Las siguientes hojas informativas relacionadas a registro de salud electrónico (EHR) están ahora disponibles en formato impreso en el *Medicare Learning Network*[®]. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque “*Related Links Inside CMS*”, y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

- *EHR Incentive Program for Critical Access Hospitals (ICN #904627)*
- *EHR Incentive Program for Medicare Hospitals (ICN #904626)*
- *Medicare Electronic Health Record Incentive Program for Eligible Professionals (ICN #903695)*
- *Medicaid Electronic Health Record Incentive Payments For Eligible Professionals (ICN #904763)*
- *Medicaid Hospital Incentive Payments Calculations (ICN #904764)*
- *Medicare EHR Incentive Program, Physician Quality Reporting System, and e-Prescribing Comparison (ICN #903691)*
-- identifica oportunidades para ciertos proveedores de Medicare de recibir pagos de incentivo y participar en iniciativas de Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201102-13

Tabla ‘Quick Reference Information: Medicare Immunization Billing’ ahora en formato impreso

La tabla “*Quick Reference Information: Medicare Immunization Billing*”, la cual provee a los médicos de tarifa por servicio de Medicare, proveedores, suplidores, y otros profesionales del cuidado de la salud con información rápida para asistir con la radicación de reclamaciones para la vacuna de influenza, vacuna contra el neumococo, y la vacuna contra el virus de Hepatitis V (HBV) y su administración, está ahora disponible para ordenar en formato impreso, libre de cargo, en el *Medicare Learning Network*[®]. Para ordenar su copia, visite la página de productos “*Preventive Services Educational*” en http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp, busque “*Related Links Inside CMS*”, y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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

Fuente: CMS PERL 201102-13

Recordatorio de febrero de la vacuna contra la influenza

No es tarde para administrar y obtener la vacuna contra la influenza. Aproveche cada visita a la oficina y continúe protegiendo a sus pacientes contra la temporada de influenza. Medicare continuará pagando la vacuna contra la influenza de temporada y su administración para todos los beneficiarios de Medicare a través de toda la temporada. Los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomiendan a los pacientes, trabajadores del cuidado de la salud, y asistente del paciente pueden ser vacunados contra la influenza de temporada. Proteja a sus pacientes. Proteja a su familia. Protéjase usted mismo. **Obtenga su vacuna contra la influenza, no la influenza.**

Recuerde, la vacuna contra la influenza más su administración están cubiertas por los beneficios de la 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 los siguientes sitios Web de CMS: http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/Flu_Products.pdf y <http://www.cms.gov/AdultImmunizations>.

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

Fuente: CMS PERL 201102-01

Trascripción y grabación de teleconferencia ‘Preparing for ICD-10 Implementation in 2011’ ahora disponible

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) presentaron una teleconferencia nacional del proveedor “Preparing for ICD-10 Implementation in 2011” el 12 de enero de 2011. La transcripción escrita y grabación de audio ahora están disponibles en <http://www.cms.gov/ICD10/Tel10/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS1242831&intNumPerPage=10>. Para acceder el archivo, busque abajo en su pantalla la sección de “Downloads” y seleccione el archivo apropiado.

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

Fuente: CMS PERL 201101-47

RECLAMACIONES

Cambios a plazos de reclamaciones de tarifa por servicios de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7270

Número de petición de cambio relacionado: 7270

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2140CP

Fecha de implementación: 22 de febrero de 2011

Resumen

La petición de cambio (CR) 7270 actualiza el Medicare *Claims Processing Manual* instruyendo que las reclamaciones de tarifa por servicio de Medicare deben ser radicadas como sigue:

- Antes del 1 de enero de 2010, las reclamaciones deben ser presentadas a más tardar el 31 de diciembre de 2010.
- A partir del 1 de enero de 2010, las reclamaciones deben ser radicadas dentro de un año calendario de la fecha de servicio.

Medicare permitirá las siguientes excepciones al límite de tiempo de un año calendario:

- Error administrativo
- Derecho retroactivo de Medicare
- Derecho retroactivo de Medicare que envuelve agencias de Medicaid del estado
- Cancelación de inscripción retroactiva del plan de *Medicare Advantage o Program of All-inclusive Care of the Elderly Provider Organization*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7270.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7270, 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/R2140CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2140, CR 7270

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

Recordatorio – Información importante sobre el requisito de presentar reclamaciones a tiempo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les gustaría recordarles a los médicos de tarifa por servicio de Medicare, proveedores, y suplidores que presentan reclamaciones a Medicare para pago, como un resultado del *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*, efectivo inmediatamente, todas las reclamaciones de servicios prestados a partir del 1 de enero de 2010, deben ser presentadas con su contratista de Medicare a más tardar a un año calendario (12 meses) de la fecha de servicio, o Medicare los denegará.

En general, la fecha de comienzo para determinar el periodo de radicación a tiempo de un año es la fecha de servicio o fecha “*From*” en la reclamación. Para las reclamaciones institucionales que incluyen lapso de fechas de servicio (i.e., una fecha “*From*” y “*Through*” en la reclamación), la fecha “*Through*” en la reclamación es usada para determinar la fecha de servicio para la radicación de reclamaciones a tiempo. Para las reclamaciones presentadas por médicos y otros suplidores que incluyen lapso de fechas de servicio, la fecha “*From*” de línea de artículo es usada para determinar la fecha de servicio para la radicación a tiempo de reclamaciones.

Para información adicional sobre el nuevo periodo máximo para las fechas de radicación de reclamaciones, contacte a su contratista de Medicare, o revise los artículos de *MLN Matters* listados a continuación relacionados a este tema:

MM6960, “*Systems Changes Necessary to Implement the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) Section 6404 - Maximum Period for Submission of Medicare Claims Reduced to Not More Than 12 Months*”
<http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6960.pdf> en el sitio Web de CMS.

MM7080, “*Timely Claims Filing: Additional Instructions*” <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7080.pdf> en el sitio Web de CMS

MM7270 “*Changes to the Time Limits for Filing Medicare Fee-for-Service Claims*”
<http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7270.pdf> en el sitio Web de CMS.

Usted también puede escuchar un podcast sobre este tema al visitar http://www.cms.gov/CMSFeeds/02_listofpodcasts.asp en el sitio Web de CMS.

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

Fuente: CMS PERL 201102-30

INFORMACIÓN GENERAL

Información para los profesionales elegibles sobre inscripción a los programas de incentivo de registro de salud electrónico

Designación de terceros para inscribirse, por ahora no existe un método disponible para que terceros inscriban a múltiples profesionales elegibles (EP) en los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid. Comenzando en mayo, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) planean implementar funcionalidad que permitirá a un profesional elegible designar a terceros para inscribirse y atestiguar de su parte. CMS publicará información detallada sobre ese proceso cuando esté disponible.

Tenga en cuenta que actualmente no se le permite a los EP delegar a un gerente de práctica o a cualquier otra persona el inscribirse en su lugar. El compartir su ID de usuario del *National Plan and Provider Enumeration System (NPPES)* y contraseña con terceros puede poner su información en riesgo. Hasta que CMS implemente la nueva funcionalidad en mayo, cada EP debe inscribirse por él/ella mismo(a) separadamente para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid.

Inscripción para el programa de Medicaid, los profesionales elegibles deben seleccionar entre los programas de incentivo de Medicare y Medicaid. Si se inscribe en el programa de incentivo EHR de Medicaid, cuando usted selecciona “*Medicaid*” en la pantalla de inscripción, se le pedirá seleccionar un estado del menú desplegable. Solamente los estados con programas de lanzamiento (i.e., establece que son preparados para confirmar su elegibilidad y realizar pagos) están listados en ese menú desplegable. Cada mes, CMS añadirá nuevos estados cuando lancen programas. Si usted tiene preguntas sobre cuándo su estado lanzará, visite [Medicaid State Information](#). Usted también puede contactar a su agencia de Medicaid del estado para más información sobre el programa; visite [State EHR Incentive Program Launch Dates and HIT websites](#) para los enlaces del programa de incentivo EHR para cada agencia de Medicaid del estado.

Para más información sobre los programas de incentivo de Medicare & Medicaid y para inscribirse, visite <http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms>.

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

Fuente: CMS PERL 201102-17

Prevención de fraude en la atención médica

Prevención de fraude en la atención médica y esfuerzos por hacer cumplir la ley, dan por resultado la recuperación de una cifra record de \$4 billones de dólares; las nuevas herramientas de la Affordable Care Act ayudan en la lucha contra el fraude

La secretaria del U.S. *Department of Health and Human Services* (HHS) Kathleen Sebelius y el U.S. *Associate Attorney General* Thomas J. Perrelli, anunciaron un nuevo informe que muestra que prevención de fraude en la atención médica y esfuerzos por hacer cumplir la ley, han dado por resultado la recuperación de más de \$4 billones de dólares del contribuyente durante el año fiscal (FY) 2010. Esta es la suma de dinero más alta que se haya recuperado en un año, de manos de las personas que intentaban estafar a los adultos mayores y a los contribuyentes en general. Además, HHS anunció nuevas reglamentaciones autorizadas por la *Affordable Care Act* que ayudarán al departamento a trabajar proactivamente en evitar y luchar contra el fraude, desperdicio de recursos y abuso, en Medicare, Medicaid y el programa de seguro médico infantil *Children's Health Insurance Program* (CHIP).

Estos hallazgos, publicados el lunes, en el reporte de la conferencia anual del *Health Care Fraud and Abuse Control Program* (HCFAC), son el resultado de que el Presidente Obama ha fijado como prioridad de su administración, la eliminación del fraude, del desperdicio y del abuso. El éxito de este esfuerzo conjunto del *Department of Justice* (DOJ) y HHS no hubiese sido posible sin la existencia del *Health Care Fraud Prevention & Enforcement Action Team* (HEAT), creado en 2009 para prevenir desperdicio, fraude y abuso en los programas de Medicare y Medicaid y doblegar a los estafadores que abusan del sistema y cuestan billones de dólares a los contribuyentes norteamericanos. Estos esfuerzos por reducir el fraude continuarán mejorando con las nuevas herramientas y recursos provistos por la *Affordable Care Act*, incluyendo las nuevas reglamentaciones anunciadas el lunes.

Sebelius manifestó que “el Presidente Obama ha dejado muy en claro que el fraude y abuso de los dólares del contribuyente son inaceptables. Y por muy largo tiempo nuestros esfuerzos de prevención del fraude se han enfocado en perseguir los dólares de los contribuyentes después que se han escapado y agregó: “gracias al liderazgo del Presidente y las nuevas herramientas provistas por la *Affordable Care Act*, podemos enfocarnos en detener el fraude antes de que ocurra”.

Perrelli, a su vez dijo que “nuestra agresiva persecución del fraude en el cuidado de la salud ha dado como resultado la mayor recuperación de dólares de los contribuyentes en la historia del *Justice Department*”, agregando “estas acciones se deben en gran medida al importantísimo trabajo del *Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team*. Por medio de esta iniciativa, estamos trabajando en asociación con el gobierno, los líderes de la industria y del cumplimiento de la ley y el público en general con la finalidad de proteger el dinero de los contribuyentes, controlar los costos del cuidado de la salud y asegurar la fuerza e integridad de nuestros programas esenciales del cuidado de la salud”.

Reporte del programa de control de abuso y fraude en el cuidado de la salud

Más de \$4 billones de dólares robados a los programas federales del cuidado de la salud, han sido recuperados y devueltos al *Medicare Health Insurance Trust Fund*, la Tesorería y otros durante el año fiscal (FY) 2010. Este es un logro sin precedentes del *Health Care Fraud and Abuse Control Program* (HCFAC), un esfuerzo conjunto de los dos departamentos, en la coordinación de actividades de representantes de la ley, a nivel local, estatal y federal en la lucha contra el fraude y abuso en relación con el cuidado de la salud.

La *Affordable Care Act* provee herramientas y recursos adicionales para ayudar a combatir el fraude contribuyendo a fortalecer estos esfuerzos, incluyendo US\$350 millones destinados a actividades de HCFAC. La Administración ya está utilizando herramientas autorizadas por la *Affordable Care Act*, incluyendo mejoras en requisitos de inscripción y exámenes, aumento de datos compartidos dentro del gobierno, expansión de los esfuerzos de recuperación de sobrepago y mayor vigilancia de los abusos en seguros privados.

HHS y DOJ han mostrado un progreso en su coordinación a través de HEAT y expandido los equipos de *Medicare Fraud Strike Force* (fuerza de combate contra el fraude) desde 2009. HHS y DOJ han sido sede de una serie de reuniones cumbre regionales de prevención del fraude a lo largo del país y han enviado cartas a los fiscales generales general de los estados, instándolos a trabajar con HHS y representantes de la ley locales, estatales y federales en el montaje de una campaña de extensión sustancial para educar a los adultos mayores y otros beneficiario de Medicare acerca de cómo prevenir estafas y fraudes. Durante el año fiscal (FY) 2010, HEAT y el equipo *Medicare Fraud Strike Force* aumentaron sus vínculos locales y contribuyeron a educar los beneficiarios de Medicare acerca de cómo pueden auto-protegerse en contra del fraude.

Durante FY 2010, fue aumentado a siete el número de ciudades con grupos *Strike Force*, todos los cuales cuentan con equipos de investigadores y fiscales dedicados a combatir el fraude. Los grupos *Strike Force* utilizan técnicas de análisis de datos avanzadas para identificar niveles de facturación alta en sitios donde el fraude en cuidados de la salud es frecuente, de manera tal que los grupos inter-agencia pueden apuntar a estafas nuevas o migratorias junto con fraude crónico cometido por delinquentes disfrazados de suplidores o proveedores de cuidados de la salud. Los logros de las *Strike Force* en las siete ciudades durante FY 2010 incluyen:

- 140 acusaciones en relación a cargos presentados contra 284 acusados que facturaban colectivamente más de US\$590 millones a Medicare;

Prevención de fraude en la atención médica... (continuación)

- 217 declaraciones de culpabilidad negociadas y 19 juicios alegados ante los respectivos jurados, obteniendo veredicto de culpabilidad en contra de 23 acusados; y
- Prisión promedio de 40 meses para 146 acusados sentenciados durante el año fiscal.

Incluyendo los temas de *Strike Force*, los fiscales federales abrieron 1,116 investigaciones de fraudes en cuidados de la salud al finalizar el FY 2010 y presentaron cargos criminales en 488 casos con un total de 931 acusados. Durante el año, recibieron sentencia condenatoria 726 acusados de delitos relacionados con fraudes en cuidados de la salud.

Además de estos éxitos en la represión de estos delitos, 2010 ostenta el record de recuperación de dinero en temas de la salud realizado bajo el *False Claims Act* – más de US \$2.5 billones, el más grande en la historia del *Department of Justice*.

El reporte anual de HCFAC puede encontrarse aquí: oig.gov/publications/hcfac.asp. Para más información sobre las actividades conjuntas de *DOJ-HHS Strike Force*, visite: <http://www.StopMedicareFraud.gov/>.

Nuevas disposiciones del *Affordable Care Act* para luchar contra el fraude en cuidados de la salud

El lunes 24 de enero, HHS anunció, también, nuevas disposiciones autorizadas por el *Affordable Care Act*, las que ayudarán a detener los fraudes en el cuidado de la salud. Las disposiciones del *Affordable Care Act* implementadas en esta reglamentación final, incluyen nuevas medidas de investigación y selección del proveedor para mantener a los malhechores fuera de Medicare, Medicaid y CHIP. La reglamentación final contiene, también, autoridad suficiente para suspender el pago en los casos en que se esté investigando una acusación fundamentada de fraude.

El Administrador de CMS, Donald Berwick, M.D. dijo: “gracias a la nueva ley, CMS tiene ahora recursos adicionales para ayudar a detectar el fraude y, en primer lugar, impedir que los delincuentes ingresen al sistema” y agregó: “las nuevas facultades de la *Affordable Care Act* nos permiten desarrollar nuevos y sofisticados sistemas de monitoreo y vigilancia, no solamente para ayudarnos a romper las actividades fraudulentas que están estafando estos programas, sino que también ayudarnos a prevenir la pérdida de dinero de los contribuyentes, transversalmente a millones de norteamericanos consumidores de cuidados de la salud”.

La reglamentación final específicamente:

- Crea un procedimiento riguroso de selección de suplidores y proveedores que desean inscribirse en Medicare, Medicaid y CHIP, para mantener fuera de estos programas los proveedores fraudulentos. Los tipos

de suplidores y proveedores que han sido identificados en el pasado como de alto riesgo de fraude, como por ejemplo suplidores de equipo médico durable, serán objeto de un proceso de selección más estricto.

- Requiere un nuevo procedimiento de inscripción para proveedores de Medicaid y CHIP. Bajo la *Affordable Care Act*, los estados tendrán que verificar si los proveedores que ordenan o refieren beneficiarios de Medicaid, por si se da el caso de que tengan un historial de fraude al gobierno. Los proveedores expulsados de Medicare o de Medicaid o CHIP en otro estado, tendrán prohibida la entrada en todos los programas Medicaid y CHIP.
- Detiene temporalmente la inscripción de nuevos suplidores y proveedores. Medicare y agencias estatales estarán observando tendencias que podrían indicar fraude en cuidados de la salud – incluyendo el uso de software de modelo de pronóstico avanzado, tal como el que se utiliza para detectar fraude en las tarjetas de crédito. En caso de identificarse alguna tendencia de este tipo, dentro de una categoría de proveedores o en un área geográfica, el programa puede detener temporalmente las inscripciones, siempre que esto no afecte la atención de pacientes.
- Retiene temporalmente los pagos de suplidores y proveedores cuando hay sospecha de fraude. Bajo las nuevas reglamentaciones, en caso de una denuncia fundada de fraude, podrían ser suspendidos los pagos mientras dure la investigación o acción legal.

El texto completo del comunicado de prensa del 24 de enero, está disponible en <http://www.Gov/news/press/2011pres/01/20110124a.html>.

Una copia de las reglamentaciones que se publicó el lunes 24 de enero de 2011, en el Federal Register, puede ser descargada utilizando el enlace siguiente: www.ofr.gov/inspection.aspx. El enlace precedente será desactivado días después de publicada la reglamentación, de ahí en adelante estará disponible en el sitio Web de los *National Archives*, en www.archives.gov/federal-register/news.html. CMS continuará, durante 60 días, recibiendo comentarios acerca de algunas áreas limitadas de esta reglamentación final.

Puede encontrarse más información en www.HealthCare.gov, que es un portal Web puesto a disposición por el U.S. Department of Health and Human Services. Hay una hoja informativa disponible en www.HealthCare.gov/news/factsheets.

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

Fuente: CMS PERL 201101-49

Programas de incentivo EHR, manténgase informado

¿Se ha inscrito usted para los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS)? La inscripción para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid ya ha comenzado, y los proveedores y hospitales comenzaron sus pagos de incentivo de EHR de Medicaid en enero. La University of Kentucky Healthcare, el hospital de enseñanza de la University of Kentucky, y Central Baptist Hospital se convirtieron en los primeros hospitales en recibir los pagos, y los médicos en Gastorf Family Clinic en Durant, OK, se convirtieron en los primeros profesionales elegibles para coleccionar sus pagos iniciales del programa de incentivo EHR de Medicaid.

¿No está seguro si es elegible para participar en los programas de incentivo EHR? ¿Necesita ayuda con la inscripción? La página Web de los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid presentan varias fuentes para ayudarle, incluyendo:

- **The eligibility widget**, para inscribirse, usted debe figurar primero si usted califica como un profesional elegible u hospital elegible. El dispositivo de elegibilidad le llevará paso a paso a través de los requisitos de elegibilidad, dejándole saber si usted califica para los programas de incentivo EHR de Medicare o Medicaid. Usted puede encontrar este recurso en el sitio Web de CMS en http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms/15_Eligibility.asp.
- **Information about registration**, para ayudarle a prepararse, se provee una lista de toda la información que usted necesitará durante su proceso de inscripción para los profesionales elegibles y hospitales elegibles. Usted puede encontrar este recurso en el sitio Web de CMS en http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms/20_RegistrationandAttestation.asp#BOOKMARK2.
- **The eligible professional registration webinar**, ¿Estas listo para inscribirse? Revise el seminario Web de inscripción para los profesionales elegibles, el cual provee una guía de video para ayudarle en el proceso de inscripción. Vea <http://www.YouTube.com/user/CMSHHSgov#p/u/0/sKngNjd8Iuc>.
- **Hospital tip sheets**, localizado en la página Web de los programas de incentivo EHR son hojas de consejo de gran ayuda que proveen información sobre las directrices de pago y elegibilidad para los hospitales de cuidado crítico (CAH) de Medicare y Medicaid. Usted puede encontrar estos recursos en http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms/55_EducationalMaterials.asp.
- **EHR listserv**, CMS ha creado un nuevo listserv específicamente sobre los programas de incentivo EHR. El listserv proveerá información oportuna y autoritativa sobre programas, incluyendo inscripción y actualizaciones de atestación y detalles sobre el proceso de pago. Al suscribirse al listserv, usted estará informado de las próximas fechas límites y respuestas a las preguntas y preocupaciones que hemos recopilado de los profesionales elegibles y hospitales en el campo. Las nuevas actualizaciones serán enviadas por e-mail a través del listserv para mantenerle informado de cualquier desarrollo, y los suscriptores serán notificados de las nuevas preguntas frecuentes (FAQ) publicadas en la página Web de los programas de incentivo EHR de CMS. Inscribese y aprenda más en http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms/65_CMS_EHR_Listserv.asp.

Aprenda más sobre los programas de incentivo EHR y manténgase actualizado en <http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms>.

¿No está seguro dónde comenzar los programas de incentivo EHR?

Todo el mundo está hablando sobre los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid. ¿No está seguro de lo que se trata? CMS ha desarrollado las siguientes hojas de consejos para que comience a informarse. Usted puede verlas electrónicamente u ordenar copias impresas gratuitas.

Pago y elegibilidad para los profesionales

- [Eligibility flow chart](#)
- [Medicare tip sheet for eligible professionals](#)
- [Medicaid tip sheet for eligible professionals](#)
- [Medicare EHR Incentive Program, Physician Quality Reporting System, and e-Prescribing Comparison](#)

Pago y elegibilidad para los hospitales

- [Tip sheet for Medicare hospitals](#)
- [Tip sheet for critical access hospitals](#)
- [Tip sheet for Medicaid hospitals](#)

Para más información y las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo EHR, visite <http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms>.

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

Fuente: CMS PERL 201102-40

Americanos sin seguro obtienen cobertura gracias a la Affordable Care Act a pesar de condiciones médicas pre-existentes

Nuevos recursos disponibles para incrementar la toma de conciencia de nuevos programas para los no asegurados

El U.S. Department of Health and Human Services (departamento de salud y servicio social de los Estados Unidos, HHS), ha puesto hoy nuevos recursos a disposición de los medios de comunicación, grupos de consumidores, estados, proveedores de cuidados de la salud y otros, con la finalidad de incrementar la toma de conciencia de la existencia del *Pre-existing Condition Insurance Plan* (PCIP), un plan de salud para los norteamericanos sin seguro y con condiciones médicas pre-existentes, creado por la *Affordable Care Act*.

Los norteamericanos continúan inscribiéndose en el plan, creado en 2010, con la finalidad de proveer cobertura de salud integral – al mismo precio que paga la gente de buena salud – para norteamericanos sin seguro médico quienes, por estar sufriendo de condiciones médicas tales como cáncer, diabetes o enfermedades del corazón, no han podido obtener cobertura de seguro médico al alcance de sus medios.

Este programa temporal cubre un amplio rango de beneficios de la salud y está destinado a ser un puente para las personas con condiciones médicas pre-existentes que no pueden obtener cobertura de seguro médico en el mercado de seguros privados actual. En 2014, todos los norteamericanos – independientemente de su estado de salud – tendrán acceso a cobertura a su alcance, ya sea por intermedio de su empleador o por un nuevo mercado competitivo, toda vez que los aseguradores tendrán prohibido rechazar cobertura a cualquier persona con motivo de su estado de salud.

Para promover el plan, el departamento está trabajando activamente en colaboración con estados, grupos de consumidores, organizaciones de enfermedades crónicas, proveedores de cuidados de la salud, trabajadores sociales, otras agencias federales y la industria de seguros, incluyendo reuniones con funcionarios estatales, grupos de consumidores y otros. Los nuevos recursos a disposición de la comunidad para ayudar a informar del plan a los norteamericanos elegibles, incluyen un nuevo botón de llamada de Internet que enlaza a PCIP.gov, así como una nueva página de noticias y texto en el buzón del sitio Web que los asociados pueden utilizar en sus esfuerzos de extensión a la comunidad.

El HHS' Center for Consumer Information and Insurance Oversight está también trabajando con U.S. Social Security Administration (SSA) en una campaña de extensión integral, poniendo información acerca del plan en aproximadamente 3.2 millones de recibos de solicitudes de seguro de incapacidad distribuidos cada año. SSA está también promoviendo el Pre-existing Condition Insurance Plan en su página de noticias, sitio Web y en los monitores de televisión de salas de espera de más de 600 consultorios de SSA.

Los recursos disponibles para grupos de consumidores, medios de comunicación, estados y otros, incluyen:

- **PCIP.gov**, este sitio Web ofrece información acerca de elegibilidad, beneficios y mucho más. Los consumidores pueden encontrar en línea e imprimir solicitudes para el plan dentro de su estado. También están disponibles las respuestas a preguntas frecuentes, para ayudar tanto a las organizaciones como a los consumidores a entender mejor el programa.
- **Botón de llamada de Internet** – fue entregado hoy, un nuevo botón de llamada de Internet, que los grupos pueden instalar en su sitio Web para enlazar con PCIP.gov. Visite www.HealthCare.gov/stay_connected.html para agregar el botón a su sitio Web e instalar el código señalado.
- **Páginas informativas y texto de buzón en el sitio Web** – también entregado hoy, este texto está listo para grupos de consumidores, organizaciones estatales, locales u otras, con la finalidad de simplificar la entrega de sus páginas informativas o puesta en sus sitios Web, para ayudar a instruir a los consumidores acerca de sus opciones de seguros de salud. Para encontrar este texto, visite www.HealthCare.gov/center/brochures.
- Posters y folletos – para compartirlos con los consumidores, las organizaciones pueden bajar de la red o imprimir folletos y posters en inglés o español acerca de PCIP. Encuentre los folletos y posters en: www.HealthCare.gov/center/brochures.

El comunicado de prensa completo de HHS (10 de febrero de 2011) puede encontrarse en: <http://www.gov/news/press/2011pres/02/20110210a.html>.

Visite PCIP.gov para más información acerca de cómo trabaja el plan en cada estado, incluyendo elegibilidad y como postular. Para encontrar números de inscripción recientes, visite: <http://www.healthcare.gov/news/factsheets/pcip02102011a.html>.

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

Fuente: CMS PERL 201102-23

Febrero es el mes americano del corazón

La enfermedad del corazón es la causa principal de muerte para hombres y mujeres en los Estados Unidos. Aproximadamente cada 25 segundos, un americano tendrá un evento coronario. Pero muchos casos de enfermedad del corazón pueden ser prevenidos. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare provee cobertura de pruebas de sangre cardiovascular para los beneficiarios elegibles. Estas pruebas pueden ayudar a determinar el colesterol del beneficiario y otros niveles de lípidos en la sangre tales como triglicéridos. CMS recomienda que todos los beneficiarios elegibles aprovechen esta cobertura, la cual puede determinar si los beneficiarios pueden estar en riesgo de enfermedad cardiovascular.

Cobertura de Medicare: las siguientes pruebas de sangre cardiovascular están cubiertas por Medicare para los beneficiarios elegibles para la detección temprana de enfermedad cardiovascular:

- Prueba total de colesterol
- Prueba de colesterol para lipoproteínas de alta densidad
- Prueba de triglicéridos

Estas pruebas de sangre son cubiertas una vez cada cinco años para las personas con Medicare que no tienen señales o síntomas de enfermedad cardiovascular; las pruebas deben ser ordenadas por un médico o profesional de la salud calificado (médico asistente, enfermera practicante, o enfermera clínica especialista) tratando al beneficiario.

¿Qué puede hacer usted? CMS necesita su ayuda para asegurar que todas las personas elegibles con Medicare aprovechen las pruebas de sangre cardiovascular que pueden ayudar a identificar a los beneficiarios en riesgo de enfermedad cardiovascular.

Más información, para más información sobre la cobertura de las pruebas de sangre cardiovascular, refiérase a los siguientes recursos:

- Folleto de beneficio expandido, este folleto del *Medicare Learning Network*[®] (MLN) provee a los proveedores de tarifa por servicio de Medicare con una perspectiva general de la cobertura de Medicare para las pruebas de sangres cardiovascular, como también la visita de “Bienvenido a Medicare” y la prueba de ultrasonido para aneurisma aortica abdominal. Léalo en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/expanded_benefits.pdf
- Información de referencia rápida: Servicios Preventivos de Medicare, esta tabla provee cobertura e información de codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare incluyendo pruebas de sangre cardiovascular. Léalo en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- Página de prueba de enfermedad cardiovascular, esta página de CMS provee una perspectiva general de las pruebas de sangre cardiovascular cubiertas por Medicare como también información sobre recursos educacionales para los proveedores del cuidado de la salud. Visite <http://www.CMS.gov/CardiovasDiseaseScreening>
- Página de productos educacionales y servicios preventivos de MLN, esta página provee una lista de productos educacionales de MLN relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Estos recursos son específicamente para los proveedores de tarifa por servicio de Medicare y su personal. Visite en http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

Adicionalmente, visite el sitio Web de Centers for Disease Control and Prevention’s American Heart Month en http://www.CDC.gov/heartdisease/american_heart_month.htm

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

Fuente: CMS PERL 201102-12

CMS conduce llamadas de seguimiento para el programa CERT

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) estarán conduciendo llamadas de seguimiento a los proveedores para el programa *comprehensive error rate testing* (CERT). Usted o su personal pueden ser contactados para obtener toda la documentación necesaria de registro médico para las reclamaciones revisadas bajo el programa CERT. Aunque usted puede que haya recibido cartas y llamadas telefónicas del contratista CERT, estos esfuerzos adicionales por CMS para obtener documentación adecuada puede cambiar su estatus de reclamación de “*improper payment*” a “*proper payment*”. Esto permitirá a CMS calcular una tasa de error más precisa de tarifa por servicio (FFS) de Medicare, mientras también se reduce la cantidad de pagos impropios. ❖

Fuente: CMS PERL 201102-39

Llamado por documentación de Medicare and Medicaid Research Review (presentaciones en proceso aceptadas)

Medicare & Medicaid Research Review (MMRR) está solicitando estudios, análisis de políticas y evaluación de programas que utilizan métodos de investigación científica rigurosos. Lo que interesa son los documentos que se refieren a cambios en cobertura, calidad, acceso, organización y entrega de servicios de la salud, pago por dichos servicios y métodos novedosos. (No debe asumirse por el título que el ámbito está estrechamente definido para incluir solamente investigación relacionada directamente con los programas Medicare, Medicaid o *Children's Health Insurance* (seguro médico de menores). No es así, aunque los escritos han mostrado resultados o conclusiones que pertenecen, por lo menos indirectamente, a estos programas).

Ejemplos ilustrativos de estos tópicos incluyen, pero sin limitarse a:

- Desarrollo, utilización y efectos de modelos de pago en base a calidad y atados al servicio;
- Impacto de cambios en costos compartidos y cobertura en modos de utilización de servicios médicos y resultados;
- Impacto de cambios en elegibilidad de Medicaid en la organización y prestación de servicios médicos;
- Análisis descriptivo de utilización longitudinal y pautas de costo entre beneficiarios Medicare, Medicaid y CHIP;
- Impacto de cambios dentro del sistema privado de cuidados de la salud, sobre Medicare, Medicaid y CHIP; y

- Análisis de tipos de preguntas de investigación de la salud atribuibles a un rápido estudio e implementación y aquellas preguntas que no lo son.

Los escritos presentados deben informar acerca de los resultados de la investigación original. No serán considerados los escritos basados en opiniones o que hayan sido previamente editados. Los escritos cuyos resultados directamente apoyen recomendaciones de acción, tendrán prioridad de publicación. Todos los escritos deben ser enviados por e-mail a MMRR-Editors@cms.gov siguiendo las pautas disponibles en http://www.CMS.gov/MMRR/Downloads/MMRR_Info_for_Authors_20101214.pdf

El criterio para la selección de manuscritos incluye:

1. Calidad, rigurosidad y originalidad;
2. Significancia y utilidad para informar sobre el futuro de Medicare, Medicaid y CHIP; y
3. Claridad de escritura y presentación.

También hay disponible pautas de revisión con colegas, en <http://www.CMS.gov/MMRR/downloads/MMRRPeerRevGuidelines.pdf>

Las preguntas deben ser dirigidas a David Bott, PhD, Editor-en-Jefe, a MMRR-Editors@cms.gov.

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

Fuente: CMS PERL 201102-24

Nueva ayuda de registro médico electrónico, herramientas para ayudarle a inscribirse para el incentivo

Las nuevas herramientas para el proveedor incluyen:

- **Herramientas interactivas de elegibilidad para profesionales calificados:** ¿Tiene derecho a participar en los programas de incentivo EHR de Medicare o Medicaid? Utilice la herramienta ubicada al final de la página [Eligibility](#) en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).
- **Inscripción webinar para profesionales calificados:** ¿Cómo puedo inscribirme? CMS ha creado un video con instrucciones paso a paso para ayudarle a asegurarse de que el proceso de inscripción sea exitoso. Mire el video que se encuentra en la página [Registration and Attestation](#) del sitio web de CMS.
- **Fechas de inicio de Medicaid en los estados y sitios Web:** ¿Cuándo se ofrecerá, en su estado, un programa de incentivo EHR? La información sobre disponibilidad de inscripción en los programas de incentivo Medicaid EHR en diferentes estados, está puesta en [Medicaid State Information](#). Haga clic en el mapa para información acerca de su estado: [State EHR Incentive Program Launch Times and HIT Websites](#).
- **Auto-evaluación del participante en incentivos EHR de Medscape, Medicare y Medicaid:** ¿Qué es lo que usted sabe y es esto suficiente? Gane créditos de continuidad de la educación a medida que aprende. Tómese el auto-examen [Medscape EHR self-assessment](#). Para participar tendría que inscribirse en Medscape; sin embargo la inscripción es gratuita y no se exige compromiso alguno.

Más información acerca de los programas de incentivo EHR y para inscripción, en www.cms.gov/EHRIncentivePrograms.

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

Fuente: CMS PERL 201101-41

El nuevo programa de equipo médico DMEPOS es valioso para los beneficiarios de Medicare

El programa de licitación competitiva DMEPOS se enfoca en proveer acceso a productos y servicios de alta calidad para la gente que está con Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS lanzaron la primera fase del programa de licitación de equipos médicos durables, prósticos, ortóticos y repuestos y partes (DMEPOS), el sábado 1 de enero de 2011, en nueve diferentes áreas del país.

Por medio de la competencia entre suplidores, el nuevo programa de licitación de equipos médicos durables, prósticos, ortóticos y repuestos y partes (DMEPOS), establece nuevas tasas de pago más bajas para ciertos equipos e insumos médicos, tales como equipos de oxígeno, determinadas sillas de rueda motorizadas y suministros por correo para el tratamiento de diabetes. CMS estima que Medicare y los beneficiarios pagarán en promedio 32 por ciento menos por estos equipos y suministros. En la mayoría de los casos, los beneficiarios de Medicare que obtienen estos artículos dentro de las nueve áreas de licitación competitiva, tendrán que conseguirlos de los suplidores de Medicare que obtuvieron contratos, para poder tener estos artículos bajo cobertura de Medicare. Más de cuatro millones de norteamericanos que viven en una de las nueve áreas de licitación competitiva, podrán ahorrar dinero por medio de este nuevo programa, al mismo tiempo que continúan teniendo acceso a equipos médicos de calidad de parte de suplidores acreditados en los que pueden confiar.

CMS se complace en informar que la implementación del programa avanza sin tropiezos. CMS continúa entregando una gran variedad de recursos a lo largo de todas las áreas de licitación competitiva para atender cualquier inquietud que pudiese surgir, incluyendo oficinas de *State Health Insurance and Assistance Program* (SHIP), representantes de servicio al cliente especialmente preparados en 1-800-MEDICARE y asistentes de casos en las oficinas regionales de Medicare quienes están listos para asistir a los beneficiarios que pudiesen tener preguntas acerca del programa. Además, hay un procedimiento de reclamos y consultas a disposición de los beneficiarios, proveedores de cuidados de la salud, médicos, agentes de referencia y suplidores, el que puede ser utilizado para reportar inquietudes acerca de un suplidor contratado o algún otro tema de implementación de la licitación competitiva. Este procedimiento ha sido diseñado para asegurar que todos los reclamos sean encaminados correctamente, investigados, resueltos, seguidos y reportados.

Para leer la declaración de prensa completa hecha sobre este tema el miércoles 16 de febrero de 2011, visite http://www.CMS.gov/apps/media/press_releases.asp Lea más acerca de las mejoras a Medicare hechas por la *Affordable Care Act* en <http://www.Healthcare.gov/law/provisions/rebate/index.html> Y para más información sobre el programa de licitación competitiva de Medicare DMEPOS, visite <http://www.CMS.gov/DMEPOSCompetitiveBid>.

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

Fuente: CMS PERL 201102-36

Nuevo Listserv de incentivo de registro médico electrónico de Medicare y Medicaid

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) tienen un nuevo *Listserv* acerca de los programas de incentivo de registro médico electrónico (EHR). *Listserv* proveerá a tiempo información autorizada acerca del programa, incluyendo actualizaciones de inscripciones y certificaciones y detalles sobre el procedimiento de pago.

Al suscribirse a *Listserv*, CMS le mantendrá informado de los próximos plazos y dará respuesta a sus preguntas e inquietudes que se han estado reuniendo de profesionales elegibles y hospitales relacionados. Se enviará por correo nuevas actualizaciones por medio de *Listserv* para mantenerle informado de cualquier acontecimiento y los suscriptores serán notificados de cualquier pregunta frecuente publicada en el sitio Web del programa de incentivos de CMS EHR. Estos mensajes constituyen otro recurso de CMS que se agrega a los que están listados a continuación para ayudarle a navegar los programas de incentivo EHR.

CMS le insta informar a otras personas acerca de CMS EHR *Listserv*, y compartir sus mensajes. [Haga clic aquí](#) para unirse a *Listserv* y aprender más.

El sitio Web de los programas de incentivo CMS EHR presenta los recursos siguientes:

- [Path to payment](#) (ruta de pago) conozca los pasos necesarios a dar para recibir pagos por el uso significativo de registros médicos electrónicos.
- [Registration guides](#) (pautas de inscripción) vea una guía del usuario sobre como inscribirse y mire un video webinar que le ayudará a navegar el sitio Web.
- [Meaningful use](#) (uso significativo) lea más acerca de los detalles de uso significativo, incluyendo mediciones de calidad clínica y como cumplir con los requisitos.
- [Calendar of important dates](#) (calendario de fechas importantes) lea más acerca de las fechas importantes del programa de incentivo EHR.

¿Desea obtener más información acerca de programas de incentivo EHR?

Para las últimas noticias y actualizaciones de programas de incentivo EHR, asegúrese de visitar el sitio Web de HER, en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms>.

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

Fuente: CMS PERL 201102-22

Anuncios de ICD-9 y de ICD-10

La agenda de la reunión del 9 al 10 de marzo de 2011 del ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee está disponible

Temas de procedimiento, 9 de marzo de 2011

La agenda ha sido puesta en la sección “Downloads” de http://www.cms.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/03_meetings.asp. Habrá folletos disponibles en este sitio Web unos pocos días antes de la reunión.

Temas de diagnosis, 10 de marzo de 2011

El enlace a la agenda está bajo “Upcoming Meeting, March 9-10, 2011” en http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_maintenance.htm. Habrá folletos disponibles en este sitio Web unos pocos días antes de la reunión.

Esta será la última reunión que se referirá a actualización de códigos ICD-9-CM y ICD-10 antes que sea implementada la congelación parcial de códigos.

El ICD-10 MS-DRGs v28 Definitions Manual está ahora disponible gracias a CMS

El *ICD-10 MS-DRGs v28 Definitions Manual (based on FY2011 MS-DRGs)* está puesto ahora en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/ICD10/17_ICD10_MS_DRG_Conversion_Project.asp en la sección “Related Links Inside CMS”. Esta actualización forma parte del proyecto de conversión ICD-10 MS-DRG. En el proyecto de conversión, CMS está utilizando el *General Equivalence Mappings* (GEM) para la conversión de los sistemas de pago de CMS. CMS está compartiendo información extraída de este proyecto, con otras organizaciones enfrentando proyectos similares de conversión. Nótese que ICD-10 MS-DRG estará sujeto a reglamentación formal. CMS también planea publicar el *ICD-10 FY 2011 Medicare Code Editor* cuando sea completado en marzo de 2011. Los títulos abreviados de ICD-10 tanto para ICD-10-CM como para ICD-10-PCS han sido puestos en el sitio Web de CMS en http://www.cms.gov/ICD10/11b1_2011_ICD10CM_and_GEMs.asp y http://www.cms.gov/ICD10/11b_2011_ICD10PCS.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201102-20

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

RECURSOS EDUCACIONALES

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

ACT bimestral de Medicare (Parte A)

Cuando: 15 de marzo
 Hora: 2:00 p.m.- 3:30 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

ACT bimestral de Medicare (Parte B)

Cuando: 16 de marzo
 Hora: 2:00 p.m.- 3:30 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Temas de actualidad de Medicare (Parte A)

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

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

Temas de actualidad de Medicare (Parte B)

Cuando: 11 de mayo
 Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

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

COBERTURA

Encuentro cara a cara de salud en el hogar – un nuevo requisito de certificación de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: SE1038
 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

Como condición para pago, el *Affordable Care Act* ordena que antes de certificar la elegibilidad del paciente para el beneficio de salud en el hogar, el médico que certifica debe documentar que él o ella, o un profesional de la salud autorizado ha tenido un encuentro cara a cara con el paciente.

Debido a estas nuevas provisiones, existen nuevos requisitos estatutarios sobre los encuentros cara a cara para las certificaciones aplicables al programa de salud en el hogar que deben ser actualizadas en el capítulo de salud en el hogar.

El Capítulo 7 del *Medicare Benefit Policy Manual* está siendo revisado para incorporar los nuevos encuentros “cara a cara” con un médico debido a las provisiones ordenadas por el *Affordable Care Act*. Los detalles de los cambios del manual están localizados en la petición de cambio (CR) 7329.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R139BP.pdf>

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1038, revisión de CR 7329

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

Reclamaciones reprocesando para Sección 508 y hospitales de excepción especial

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha identificado reclamaciones del paciente hospitalizado y ambulatorio para la Sección 508 y hospitales de excepción especial que necesitan ser reprocesadas. El *Medicare and Medicaid Extenders Act of 2010* (MMEA), firmado en ley por el Presidente Obama el 15 de diciembre de 2010, extendió el *Medicare Modernization Act Section 508* y las reclasificaciones de hospital de excepción especial.

Aunque las reclamaciones procesando cambios del sistema se les ha solicitado pagar una cantidad adicional como lo exige MMEA, las reclamaciones de sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) y sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) recibidas antes de los cambios del sistema necesitan ser reprocesadas. Esto incluye las reclamaciones IPPS de Sección 508 y hospitales de excepción especial con fechas de altas a partir del 1 de octubre de 2010, las reclamaciones OPPS para los hospitales de Sección 508 con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010, y las reclamaciones OPPS para los hospitales de excepción especial con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011.

No se requiere acción por parte de la Sección 508 y los hospitales de excepción especial. Las reclamaciones impactadas serán reprocesadas automáticamente a más tardar el 15 de marzo de 2011, y cualquier cambio de pago será reflejado en la remesa de pago. Tenga en cuenta que este reprocesamiento no aplica a reclamaciones más antiguas que requerirán ajuste debido a la promulgación del *Affordable Care Act*. Más información sobre estas reclamaciones se verá en las próximas semanas.

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

Fuente: CMS PERL 201102-03

Publicación fuera de ciclo para el IPPS PRICER para aceptar los códigos de diagnóstico y para pasar una cantidad de pago de bajo volumen

Número de *MLN Matters*: MM7244

Número de petición de cambio relacionado: 7244

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R842OTN

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La cantidad de pago de bajo volumen calculada por el sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) PRICER es un pago interino estimado. Esta cantidad de pago de bajo volumen provisoria será ajustada al acuerdo de reporte de costo, si cualquiera de las cantidades de pago en las cuales la cantidad e pago de bajo volumen está basada son recalculadas al acuerdo de reporte de costo.

Actualmente, la cantidad de pago de bajo volumen calculada por el IPPS PRICER no es enviada al *Fiscal Intermediary Shared System* (FISS). Este cambio está instruyendo al FISS a aceptar la nueva cantidad de pago de bajo volumen del IPPS PRICER para proveer acceso a los contratistas a la cantidad e pago de bajo volumen calculados por el IPPS PRICER.

Además, para acomodar lógica de pago de nueva tecnología futura, el IPPS PRICER está siendo modificado para aceptar los 25 campos de códigos de diagnóstico en el registro de factura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7244.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7244, 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/R842OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 842, CR 7244

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.

MMEA extensión de pago de costo razonable de exámenes de laboratorio clínico de hospitales en áreas rurales calificadas

Número de *MLN Matters*: MM7294

Número de petición de cambio relacionado: 7294

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011 a 30 de junio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2136CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La Sección 109 de *Medicare and Medicaid Extenders Act of 2010* (MMEA) extiende por un año más, el pago de costo razonable por exámenes de laboratorio clínico llevados a cabo en hospitales con menos de 50 camas, en áreas rurales calificadas, como parte de servicios a paciente ambulatorio, con la finalidad de incluir períodos de reporte de costos del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012. Para algunos hospitales, esto podría afectar servicios llevados a cabo tan tarde como el 30 de junio de 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7294.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7294, 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/R2136CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2136, CR 7294

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

Actualización de la lógica del indicador FISS End of POA para versión 5010 837I

Número de *MLN Matters*: MM7280
 Número de petición de cambio relacionado: 7280
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de enero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R851OTN
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Cómo está dispuesto en la implementación de la versión 5010 de reclamaciones electrónicas por atención médica 837I, los proveedores quedan privados de la facultad de reportar el indicador *End of Present on Admission* (POA). Este cambio tiene implicaciones potenciales de pago para los hospitales dentro del *Inpatient Prospective Payment System* (sistema de pagos prospectivos, IPPS), debido a no poder reportar este indicador en la versión 5010. El software *Grouper* descansa en el indicador End of POA para aplicar la lógica que corresponden a *Hospital Acquired Condition* (HAC) cuando está determinando *Diagnosis Related Group* (grupo relacionado de diagnóstico) o reclamaciones de hospitales IPPS.

La orden de cambio 7280 modifica la lógica del *Fiscal Intermediary Shared System* (sistema intermediario fiscal compartido, FISS) para rellenar automáticamente con “Z” el indicador *End of POA* para hospital IPPS, utilizando la versión 5010 837I del formato de reclamaciones por atención médica. Esto asegura que *Grouper* aplicará la lógica HAC apropiada cuando corresponda.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7280.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7280, 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/R851OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 851, CR 7280

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.

Pautas para decidir la admisión de pacientes a un hospital

Número de *MLN Matters*: SE1037
 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

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) destacan la importancia de estar informado de todas las políticas nacionales de CMS acerca de pacientes hospitalizados y las determinaciones tanto nacionales como locales de cobertura sobre la toma de decisiones sobre admisión de pacientes. Además, aseguran que la documentación médica presentada demuestran una evidente necesidad clínica de que el paciente sea admitido al establecimiento y que identifique completamente y con exactitud, cualquier atención médica subsecuente que haya sido prestada al paciente durante su estadía. Para asistir al hospital en decisiones de admisión de pacientes, CMS ofrece los siguientes recursos:

- *Program Integrity Manual*
- *Medicare Benefit Policy Manual*

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1037.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1037

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.

Aprenda cómo presentar con precisión las reclamaciones de Medicare – desde la primera vez

Acceso gratuito a más de tres docenas de productos desarrollados por el *Medicare Learning Network® (MLN)* especialmente para los especialistas de reembolso de tarifa por servicio (FFS) de Medicare

¿Está usted familiarizado con los productos y recursos del MLN? El MLN, dentro de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), es la fuente nacional reconocida para la información oficial de Medicare para los proveedores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare. El MLN desarrolla y produce materiales consistentes, oportunos, precisos y fáciles de entender que pueden ayudar a los proveedores de centros de hospitalización a presentar reclamaciones de Medicare correctamente desde la primera vez. Para obtener pago por los cuidados y servicios provistos a los pacientes, es importante que los proveedores FFS entiendan cómo presentar las reclamaciones apropiadamente.

Descargue gratuitamente “*Medicare Learning Network (MLN) Suite of Products and Resources for Inpatient Hospitals*” ahora mismo

El “*Suite of Products and Resources for Inpatient Hospitals*” provee a sus facturadores, codificadores, y otros especialistas de reembolso con productos y recursos que cubren temas de interés para ellos, desde metodologías de reembolso para los servicios de centros de hospitalización, y la estructura y organización del “*Medicare Inpatient Acute Care Prospective Payment System*”, a la relación entre codificación y asignación de grupo de diagnóstico relacionado (DRG). En adición a esto incluye recursos especializados para ayudarles a entender las pólizas y regulaciones de pago de Medicare.

En adición, el Suite contiene muchos cursos de adiestramientos gratuitos basados en Internet que ofrece la oportunidad de obtener unidades de educación continua sin costo alguno

A su conveniencia, visite cualquiera de los enlaces arriba para tener acceso gratuito a “*Suite of Products and Resources for Inpatient Hospitals*”. Envíe este mensaje a cualquiera de sus colegas que necesiten entender, y estar al tanto, de las pólizas de pago y procedimientos de los centros de hospitalización de Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201102-34

Actualización – programa de compra en base a la calidad de atención del paciente hospitalizado

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid notifican reglamentación propuesta

El programa de compra en base a la atención del paciente hospitalizado, que se implantará a comienzos del año fiscal (FY) 2013 a los pagos por dadas de alta ocurridos a partir del lunes 1 de octubre de 2012, hará a los hospitales de cuidado intensivo, pagos de incentivo de calidad de la atención médica, considerando el desempeño del hospital con respecto a ciertas mediciones de calidad o en el progreso mostrado por el establecimiento con respecto a estas mediciones durante un período determinado. Mientras mejor sea el desempeño o mayor la mejora del mismo durante el período designado dentro de un año fiscal determinado, mayor será el incentivo pagado al hospital.

CMS está aceptando comentarios acerca de la reglamentación propuesta (CMS-3239-P), hasta el martes 8 de marzo de 2011. Para obtener una copia de la reglamentación propuesta (“Hospital Inpatient Value-Based Purchasing Program”, CMS-3239-P), incluyendo instrucciones de cómo presentar los comentarios, visite <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-01-13/pdf/2011-454.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201101-40

Hoja informativa revisada ‘Medicare Dependent Hospital’

La hoja informativa revisada “Medicare Dependent Hospital” (enero de 2011), la cual está diseñada para proveer educación sobre hospitales dependientes de Medicare (MDH) criterios de de clasificación y pagos MDH, está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network®* <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedDependHospfctsh508.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201102-13

Actualización – sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PC Pricers del año fiscal 2010

Los últimos datos de los proveedores de enero de 2011 han sido actualizados en el sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) PC Pricers del año fiscal (FY) 2010. Si usted utiliza el FY 2010 INP PPS Pricers, vaya a la página Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y descargue la última versión de los PC Pricers. Tenga presente que habían dos Pricers para el FY 2010 para las siguientes fechas de reclamación:

- 1 de octubre de 2009, hasta el 31 de marzo de 2010
- 1 de abril de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2010

Ambos módulos de descarga cambiaron. La actualización tiene fecha 17 de febrero de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201102-38

Corrección – actualización del año fiscal 2011 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PC Pricer

Un error de edición de fecha fue descubierto en el año fiscal (FY) 2011 de sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) PC Pricer. Una versión actualizada ha sido publicada en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Si usted utiliza el FY 2011 IPPS PC Pricer, vaya a la página Web de CMS al http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargue la última versión del FY 2011 PC Pricer. Este PC Pricer es para las reclamaciones con fechas del 1 de octubre de 2010, al 30 de septiembre de 2011. Esta actualización tiene fecha del 14 de febrero de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201102-33

Hoja informativa modificada del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados

La hoja informativa modificada, titulada *Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System* (noviembre de 2010), que informa sobre las bases para el pago del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados, tasas de pago y como se establecen estas tasas de pago, está ahora disponible para ser impresa, en la red the *Medicare Learning Network*®. Para hacer una orden, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, baje a “*Related Links Inside CMS*” y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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

Fuente: CMS PERL 201101-44

Hoja informativa ‘Swing Bed’ disponible en formato impreso

La hoja informativa titulada “*Swing Bed*” (diciembre 2010), la cual provee información sobre los requisitos que los hospitales y los hospitales de cuidado crítico (CAH) deben cumplir para que se les conceda aprobación para prestar cuidado de nivel crítico o nivel de centro de enfermería especializada (SNF) vía un acuerdo de cama oscilante, 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 tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201101-50

HOSPITAL DE URGENCIA

Servicios CRNA en un CAH método II sin excepción

Número de *MLN Matters*: MM7207

Número de petición de cambio relacionado: 7207

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2007

Número de transmisión de CR relacionado: R2137CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Las enfermeras graduadas certificadas en anestesiología (CRNA) prestando servicios en un hospital de cuidado crítico (CAH) método II tienen la opción de reasignar sus derechos de facturación al CAH. Cuando los derechos de facturación son reasignados al CAH método II, el pago es realizado al CAH para los servicios de anestesia presentados en el tipo de factura 85x con el código de ingreso 964 (anestesiólogas (CRNA)).

El pago es actualmente calculado para los servicios no relacionados médicamente a CRNA en un CAH método II sin una excepción CRNA transferible basada en una reducción de 20 por ciento de la cantidad de tarifa fija antes de que el deducible y coseguro sean calculados, y la petición de cambio (CR) 7207 clarifica el cálculo de pago para estos servicios.

Nota: Los servicios prestados por una CRNA están sujetos al deducible de Parte B y coseguro.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7207.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7207, 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/R2137CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2137, CR 7207

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.

Hospitales de cuidado crítico recibirán reportes gratuitos de datos comparativos

Comenzando en abril de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) realizarán reportes gratuitos de datos comparativos específicos de hospital disponibles a los hospitales de cuidado crítico (CAH) en toda la nación. El reporte -- conocido como PEPPER, o “*Program for Evaluating Payment Patterns Electronic Report*” -- provee estadísticas de datos específicos de hospital para las dadas de alta de Medicare a riesgo de pagos impropios. Los hospitales pueden usar los datos para sustentar auditoría interna y actividades de monitoreo. PEPPER es el único reporte gratuito que compara las prácticas de facturación de Medicare de un CAH con otros CAH en el estado, contratista administrativo de Medicare (MAC) o intermediario fiscal (FI) jurisdicción, y la nación.

CMS ha contratado a *TMF Health Quality Institute* para desarrollar y distribuir los reportes, los cuales fueron previamente publicados solamente para los hospitales del cuidado crítico de corto y largo plazo. Los PEPPER serán distribuidos vía un intercambio de archivo seguro *MyQualityNet* aproximadamente el lunes, 25 de abril. (*MyQualityNet* es un sitio seguro accesible de www.QualityNet.org. los CAH deben tener una cuenta *QualityNet* para recibir sus PEPPER.) Los archivos PEPPER serán enviados a los administradores *QualityNet* de los hospitales y a las cuentas de usuario *QualityNet* con el rol de recipiente PEPPER. Los CAH pueden trabajar con su organización de mejoramiento de calidad si éstos no tienen una cuenta de administrador *QualityNet*.

Para más información, incluyendo el programa de distribución PEPPER, un ejemplo del PEPPER para los CAH, e información sobre las cuentas *QualityNet*, visite www.PEPPERresources.org. Se exhorta al personal del CAH a unirse a la lista de e-mail en este sitio Web para recibir notificaciones importantes sobre oportunidades de adiestramiento y distribución PEPPER en el futuro.

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

Fuente: CMS PERL 201101-48

SALUD EN ZONAS RURALES

Dispensa de coseguro y deducible para los servicios preventivos de RHC

Número de *MLN Matters*: MM7208

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.

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.hhs.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.hhs.gov/transmittals/downloads/R2122CP.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.

Hoja informativa revisada ‘Rural Referral Center’

La hoja informativa revisada “Rural Referral Center” (enero de 2011), la cual está diseñada para proveer educación sobre el programa de centro de referido rural que fue establecido para sustentar hospitales rurales de alto volumen que tratan un gran número de casos complicados, está ahora disponible en formato para descargar del http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Rural_Referral_Center_Fact_Sheet.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201102-13

CENTRO PSIQUIÁTRICO

Actualizado – 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* ha sido actualizado en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para las reclamaciones con fechas 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 la página http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, bajo la sección de *Downloads*, y descargue las últimas versiones del IPF PPS RY2011 PC *Pricers*, publicadas el 18 de febrero de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201102-44

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Reprocesamiento de reclamaciones de SNF y del sistema de pagos prospectivos de establecimientos de camas de uso múltiple

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han descubierto un error en el porcentaje de la parte que no corresponde a trabajo, usado para calcular el reembolso para el año fiscal 2011 de SNF y del sistema de pagos prospectivos (PPS) de establecimientos de camas de uso múltiple (SB). CMS está corrigiendo este porcentaje en el fijador de precios de SNF. Después de la implementación correcta, todas las reclamaciones SNF y SB PPS adjudicadas previamente con fechas de altas de a partir del 1 de octubre de 2010 comenzarán a ser ajustadas por los contratistas para aplicar el reembolso correcto. Este proceso de ajuste tomará de 8 a 10 semanas para ser finalizado. Tenga en cuenta que el impacto en el pago por reclamación es muy pequeño.

Además, CMS dio instrucciones a los contratistas en sentido de suspender todas las reclamaciones SNF y SB PPS presentadas recientemente en el sitio del contratista, con fechas de altas de a partir del 1 de octubre de 2010, hasta que sea instalado el fijador de precios SNF actualizado. Esperamos completar la instalación y verificación el 14 de febrero 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201102-04

Actualización del FY 2011 de centro de enfermería especializada PC Pricer

Para corregir un problema de impresión del grupo de diagnóstico relacionado (DRG), y para proveer datos del proveedor actualizado, el año fiscal (FY) 2011 de centro de enfermería especializada (SNF) PC *Pricer* ha sido actualizado en la página/URL http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo el “*Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC Pricer*”. Si usted usa el FY 2011 SNF PC *Pricer*, vaya a la página arriba y descargue el SNF PC *Pricer* con los datos revisados del proveedor.

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

Fuente: CMS PERL 201102-26

Corrección – actualización del año fiscal 2011 de centro de enfermería especializada PC Pricer

Para corregir un factor de error de precio, el año fiscal (FY) 2011 de centro de enfermería especializada (SNF) PC *Pricer* ha sido actualizado en la página/URL http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo el “*Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC Pricer*”. Si usted utiliza el FY 2011 SNF PC *Pricer*, vaya a la página indicada más arriba y descargue el SNF PC *Pricer* publicado el 14 de febrero de 2011, con el factor de precio corregido.

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

Fuente: CMS PERL 201102-32

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Clarificación de póliza existente para los artículos y servicios incluidos bajo el índice de pago compuesto de enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*: N/A

Número de petición de cambio relacionado: 7312

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: R136CP

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Esta petición de cambio es un resultado de consultas sobre si ciertos tipos de cubiertas protectoras de catéter están consideradas como un servicio relacionado a enfermedad renal en estado terminal (ESRD) o no y, como tal, incluido bajo el índice compuesto ESRD.

Los centros de ESRD y el pago capitado mensual (MCP) que los médicos y practicantes pueden determinar que es médicamente requerido para un paciente de diálisis usar vendajes o coberturas de acceso protector, incluyendo cubiertas de catéter, en el sitio de acceso. Todos los vendajes requeridos médicamente o cubiertas de acceso protector utilizado durante o después de diálisis para proteger un sitio de acceso del paciente de diálisis, incluyendo, por ejemplo, cubiertas usadas para las actividades diarias tales como bañarse, están considerados como artículos relacionados a ESRD. Tales artículos y servicios están incluidos en el índice compuesto ESRD y el sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD de índices base conjunto y no son pagables por separado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R136BP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 136, CR 7312

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

Reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema con las reclamaciones de diálisis en el hogar de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) 2011. El pago para las reclamaciones de diálisis en el hogar de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) 2011 para diálisis peritoneal ambulatoria continua (APD) y diálisis peritoneal cíclica (CCPD) no están siendo ajustadas correctamente para el índice diario convirtiéndose en sobrepagos para estas reclamaciones. CMS retendrá estas reclamaciones para prevenir los sobrepagos y reducir el número de ajustes necesarios a estas reclamaciones. Las reclamaciones serán emitidas para procesamiento el 21 de febrero de 2011, o antes. Los contratistas serán instruidos a ajustar reclamaciones que fueron pagadas incorrectamente dentro de 30 días. Las reclamaciones de hemodiálisis no son impactadas y no serán retenidas. CMS lamenta cualquier inconveniencia que esto pueda causar a los centros de ESRD.

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

Fuente: CMS PERL 201102-14

Revisión de los códigos ICD-9 CM reconocidos para un ajuste de pago de comorbilidad bajo el ESRD PPS

Número de *MLN Matters*: MM7284

Número de petición de cambio relacionado: 7284

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R840OTN

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La petición de cambio (CR) 7284 remueve los siguientes códigos de diagnóstico ICD-9-CM de la categoría de comorbilidad de neumonía bajo el sistema de pagos prospectivos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS) para prevenir pago incorrecto en reclamaciones, efectivo el 1 de enero de 2011:

- 484.6: *Pneumonia in aspergillosis*
- 484.7: *Pneumonia in other systemic mycoses*

Los centros de ESRD que identifican reclamaciones que requieren ajustes para estos diagnósticos deben ajustar sus reclamaciones dentro del periodo de tiempo de radicación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7284.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7284, 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/R840OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 840, CR 7284

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

INFORMACIÓN GENERAL

Están disponibles los archivos trimestrales específicos del proveedor

Los archivos específicos del proveedor para el trimestre de enero de 2001 en el sistema de análisis estadístico (SAS) y formatos de texto, están ahora disponibles en el sitio Web de CMS. Los archivos SAS pueden encontrarse en http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp en la sección Downloads. Los archivos en formato de texto están disponibles en http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp en la sección Downloads. Si usted utiliza el archivo de datos específicos del proveedor en texto o SAS, vaya a la página que corresponde, indicada más arriba y descargue la última versión de archivos PSF.

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

Fuente: CMS PERL 201101-37

Actualización de HH PPS PC Pricer de 2011

El *home health prospective payment system* (HH PPS) *personal computer* (PC) *Pricer* de 2011, está ahora disponible para ser bajado de la Internet. Los HH PPS PC *Pricers* están en la página Web http://www.cms.gov/PCPricer/05_HH.asp, en la sección Downloads. Si usted utiliza CY 2011 HH PPS PC *Pricers*, vaya a la página mencionada y baje la última versión de PC *Pricer*.

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

Fuente: CMS PERL 201102-08

Índices de error de MAC J9 Parte A y la revisión médica de prepago de DRG del paciente hospitalizado

Como el contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9), First Coast Service Options Inc. (FCSO) está comprometido en asistir a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en alcanzar la meta de reducir el índice nacional de error de reclamaciones pagadas de tarifa por servicio (FFS) de Medicare. Aunque FCSO ha tenido éxito en el pasado manteniendo índices excepcionales de error de Parte A, existen retos que están impactando la habilidad de FCSO de alcanzar la meta de reducción de índice de error actual de CMS.

Como se estableció en el comunicado de prensa de CMS el 16 de noviembre de 2010, anunciando los índices de error nacionales 2010 del Comprehensive Error Rate Testing (CERT), las reclamaciones revisadas en la muestra de reporte 2010 fueron retenidas para unos criterios de revisión más estrictos los cuales CMS inicialmente implementó en el 2009. La modificación primaria al proceso de revisión de CERT envolvía adherencia estricta a los requisitos de documentación descritos en las regulaciones de Medicare, estatutos, y pólizas. El comunicado de prensa de CMS también reportó que la causa primaria de errores nacionalmente en el programa FFS de Medicare para 2010 son la documentación insuficiente y servicios médicamente innecesarios. Aunque CMS no ha publicado el “November 2010 National Improper Payment Report” por ahora, el análisis de FCSO de las muestras de datos de reclamaciones CERT indican los mismos problemas de alto impacto al nivel de MAC J9.

Respuesta inicial de FCSO y los resultados

FCSO reaccionó prontamente a los cambios en los criterios de revisión que fueron implementados en el 2009 y comenzó una amplia educación del proveedor en los nuevos estándares de refuerzo. A través de todo el 2010, FCSO continuó la solicitud agresiva de documentación para sustentar a los contratistas de documentación y revisión CERT y proveyó educación extensa al proveedor sobre los requisitos de documentación médica a través de numerosas avenidas.

Desafortunadamente, estos esfuerzos no resultaron en una baja del índice de error de MAC J9 de noviembre de 2010. El índice de error de Parte para MAC J9 de noviembre de 2010 es de 12.25%. El índice de error de no hospitalización para noviembre de 2010 para Parte A de MAC de FCSO es de 4.66%. Los contribuidores más grandes del índice de error de no hospitalización de MAC J9 son las reclamaciones ambulatorias de hospital y las reclamaciones de hospitalización de SNF, con la mayoría de los errores como resultado de documentación insuficiente. La solicitud de documentación y educación sobre los requisitos de documentación serán mejorados durante el 2011 para reducir estos errores para los periodos de reporte del 2011 y 2012.

Debido al impacto del dólar en las reclamaciones de hospitalización, los errores del grupo de diagnóstico relacionado (DRG) de los hospitales de pacientes hospitalizados hicieron los dólares más grandes incluidos en el 12.25% en general del índice de error de MAC J9 de parte A. El índice de error de noviembre de 2010 de MAC Parte

A de DRG del paciente hospitalizado fue de 18.17%. Este índice de error fue considerablemente más alto que el índice de error nacional del paciente hospitalizado. Los errores DRG MAC J9 identificados por el programa CERT en la muestra de reporte 2010 generalmente resultaron en admisiones de hospitalización que fallaron en cumplir con la necesidad médica para el nivel de cuidado de hospitalización. La documentación insuficiente y asignaciones DRG incorrectas comprendieron el resto de los errores de pagos de reclamación DRG.

Próximos pasos de FCSO e impactos a los proveedores

FCSO continuará evaluando los hallazgos de CERT para identificar las oportunidades de mejorar que tendrán un impacto en los índices de error específicos del contratista para cumplir con el índice de error meta de CMS de 8.5% para el 2011 y 6.2% para el 2012. Para reducir el índice de error en general, la revisión médica extensiva y el enfoque educacional serán puestos en los servicios de hospital del paciente hospitalizado durante el 2011. Esto incluye el implementar la revisión médica de prepago para los servicios objeto de DRG en MAC J9 (excluyendo Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos). Durante el 2011, FCSO realizará investigaciones amplias de revisiones sobre los DRG objeto en Puerto Rico. Los dos hospitales en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos no son centros del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS).

Los DRG de estancia corta en particular demuestran un alto potencial para error de pago a nivel nacional y MAC J9. Por lo tanto, FCSO enfocó actividades de revisión médica de pago diferido previas de MAC J9 (excluyendo Puerto Rico) en varias estancias cortas de DRG estimadas de alto riesgo para error de pago, incluyendo los DRG 313 (chest pain) 552 (medical back problem w/o MCC), 392 (Gastroenterology and miscellaneous digestive w/o MCC), 641 (nutritional miscellaneous metabolic disorder w/o MCC) y 227 (cardiac defibrillation w/o cardiac cath w/o MCC). Las revisiones amplias de investigación para DRG 313 resultaron en un índice de error de 55% en el 2009 y un 76% en el 2010. El índice de error CERT de MAC J9 para DRG 313 fue sobre 60% (excluyendo Puerto Rico). Las revisiones amplias de investigación para DRG 552 resultaron en un índice de error de 70.92% en el 2009 y un 71.25% en el 2010. Por lo tanto, efectivo el 1 de marzo de 2011, FCSO realizará un 30% de revisión médica de prepago en DRG 313 en MAC J9 (excluyendo Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos). Más tarde en el 2011, FCSO también planea implementar un 30% de revisión médica de prepago para el DRG 552 en MAC J9 (excluyendo Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos).

En adición al objetivo de revisión médica de prepago de MAC J9 (excluyendo Puerto Rico), ciertos proveedores serán identificados para revisiones de investigación específica basada en los indicadores de análisis de datos y las revisiones médicas de investigación amplia de pago diferido serán realizadas en Puerto Rico. FCSO también planea llevar una educación agresiva de DRG del paciente hospitalizado y una iniciativa de comentarios a través de MAC J9 durante el 2011.

Índices de error de MAC J9 Parte A y... (continuación)

Esta iniciativa fue comenzada en enero de 2011 con un número de centros en Florida recibiendo educación en sus centros y comentarios individuales. Visitas adicionales del sitio son planeadas para el 2011, y FCSO comenzará a enviar cartas trimestrales a todos los proveedores de Parte A. Las cartas trimestrales incluirán información detallada sobre el índice de error CERT trimestral individual del centro y el índice de error MAC del centro basado en las reclamaciones que atraviesan modificaciones de prepago específico de DRG. FCSO continuará buscando otras avenidas de educación y comentarios y continuará asociándose con asociaciones y grupos del proveedor a través de la jurisdicción para bajar exitosamente los índices de error de MAC J9. ❖

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: 8 de febrero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R859OTN

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 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/MLN MattersArticles/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/R859OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 859, CR 7182

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.

Algunas reclamaciones institucionales de Medicare Parte A no están cruzando automáticamente a los pagadores suplementarios – se requiere acción por parte del proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema de cruce de las reclamaciones institucionales de Medicare Parte A que comenzó el 21 de diciembre de 2010, donde algunas reclamaciones institucionales no están cruzando automáticamente a los pagadores aun cuando las remesas de pago del proveedor de Medicare indica lo contrario. Hasta que este problema sea resuelto, Medicare continuará enviando cartas a las direcciones postales de los proveedores identificando las reclamaciones impactadas por el número de control de documento, número de reclamación del seguro de salud del beneficiario (HICN), y el código de error H45138 -- “El Nombre del Centro del Servicio no era esperado debido a que el *Billing/Pay-to Provider* del proveedor (PRV) está presente”. **Los proveedores de Medicare que reciben estas cartas necesitarán tomar acción para enviar estas reclamaciones a los pagadores suplementarios del beneficiario hasta que este problema sea resuelto.** Medicare no puede enviar automáticamente (cruzar) estas reclamaciones a los pagadores suplementarios.

Historial

En diciembre de 2010, el Fiscal Intermediary Shared System (FISS) comenzó a llenar la información 837 Service Facility (loop 2310E), como es presentada en la reclamación del proveedor (837) a Medicare, para propósitos de las reclamaciones cruzadas aun cuando esto duplicó la información de Billing Provider (loop 2010AA) o Pay-to Provider (loop 2010AB) 837. Esta duplicación de información está causando el código de error H45138 al COB Contractor (COBC). Bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) estándares de transacción 837, la información específica de identidad presentada dentro del Service Facility (2310E) loop **no puede** ser la misma reportada dentro del Billing Provider (2010AA) loop o Pay-to Provider (2010AB) loop. (**Nota:** Los proveedores tampoco deben reportar la misma información de código de taxonomía dentro del 2310E PRV como reportado en el nivel 2000A PRV.)

A través de análisis, FISS ha determinado que muchos proveedores han sido, y todavía están, creando la misma

información en el 2310E loop, incluyendo el código de taxonomía, como aparece en el nivel 2000A de la reclamación. La prohibición de hacer esto es corroborada adicionalmente por la petición de cambio (CR) 5243 de CMS (R1133CP-MM5243), la cual instruye a los proveedores a reportar Service Facility (2310E) loop en cualquier reclamación institucional 837 cuando el servicio fue prestado en una dirección **diferente** a la dirección reportada en la reclamación para la facturación o pago al proveedor. **Importante:** Los proveedores deben estar alertas de que la modificación frontal para prevenir la facturación de información duplicada en los niveles 2310E y 2000A será activada en los contratistas de Medicare como parte de un arreglo actual al problema H45138.

Límites de tiempo para arreglos del sistema y acciones del proveedor para evitar rechazos de reclamaciones y recibo de modificación H45138

Por ahora, CMS estima que el problema actual será corregido a más tardar el 7 de marzo de 2011. Los contratistas de pago de las reclamaciones de Medicare están probando actualmente los cambios del sistema desarrollados por FISS que corregirá este problema e implementará los cambios más temprano, de ser posible este mes (febrero).

Antes de la instalación del arreglo, los proveedores deben revisar y seguir las instrucciones en el CR 5243 para evitar que sus reclamaciones no crucen debido al error H45138 y evitar que sus reclamaciones sean rechazadas luego de que el arreglo haya sido instalado. Esto incluye el no presentar información de entidad 837 dentro de 837 dentro del Service Facility (2310E) loop si esto duplica la información en Billing Provider (2010AA) loop o Pay-to Provider (2010AB) loop. Esto también aplicaría a la creación del mismo código de taxonomía en el 2310E PRV como fue reportado dentro del 2000A PRV.

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

Fuente: CMS PERL 201102-16

Información a instituciones proveedoras sobre facturación de 90662

Las instituciones proveedoras de Medicare, deberán abstenerse de presentar reclamaciones en lista de facturas para el procedimiento 90662, cuando la fecha de servicio sea a partir del 1 de octubre de 2010; el método actual de revisiones impide que el procedimiento 90662 sea facturado en listas de reclamaciones. Medicare no podrá procesar este tipo de reclamaciones hasta que los cambios al sistema sean implementados el 5 de julio de 2011. Las instituciones proveedoras de Medicare podrán presentar las reclamaciones contenidas en la lista solamente de manera individual o bien, esperar hasta el 5 de julio de 2011 para presentar dichas listas.

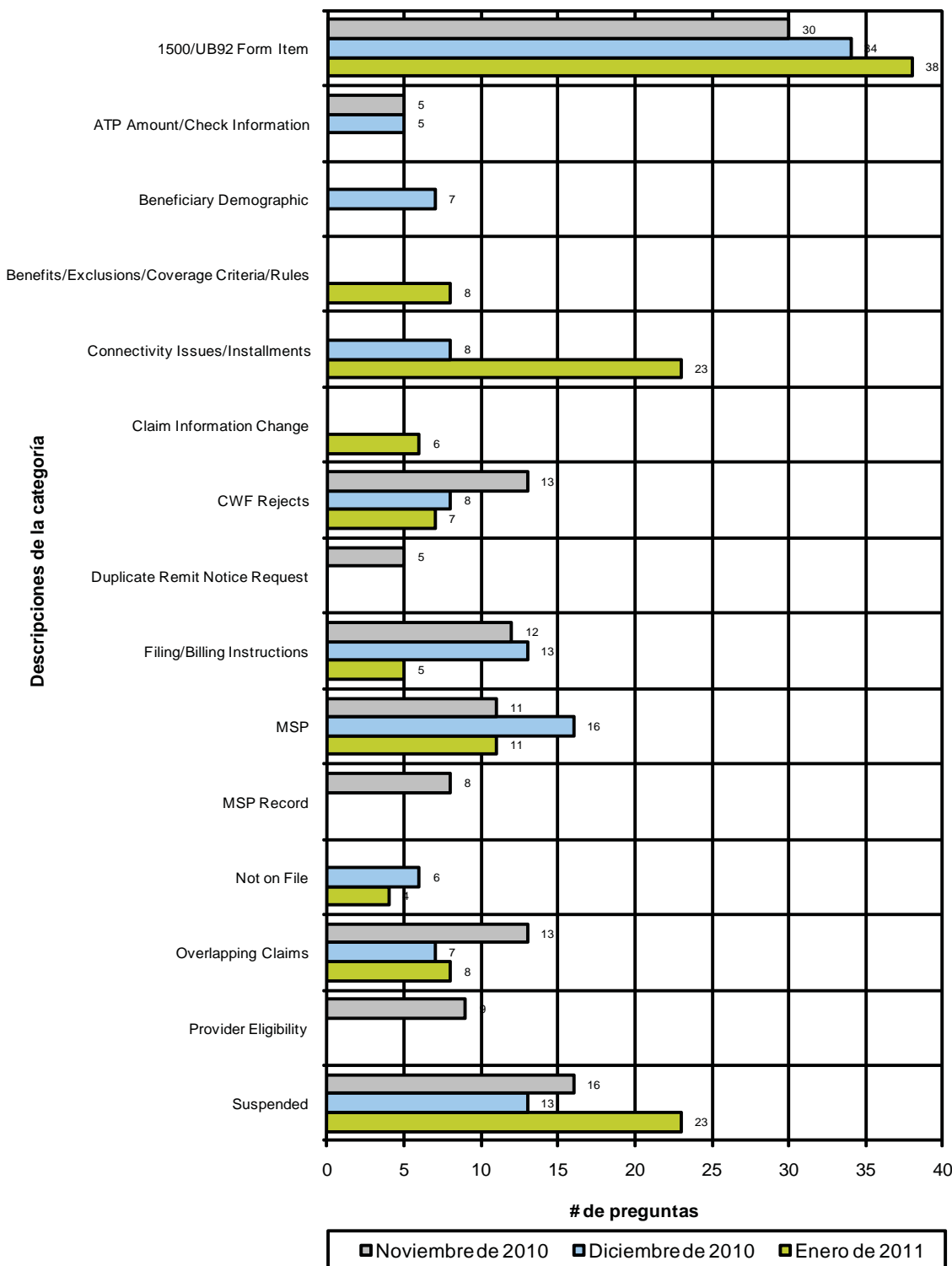
Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201101-43

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en noviembre de 2010 - enero de 2011

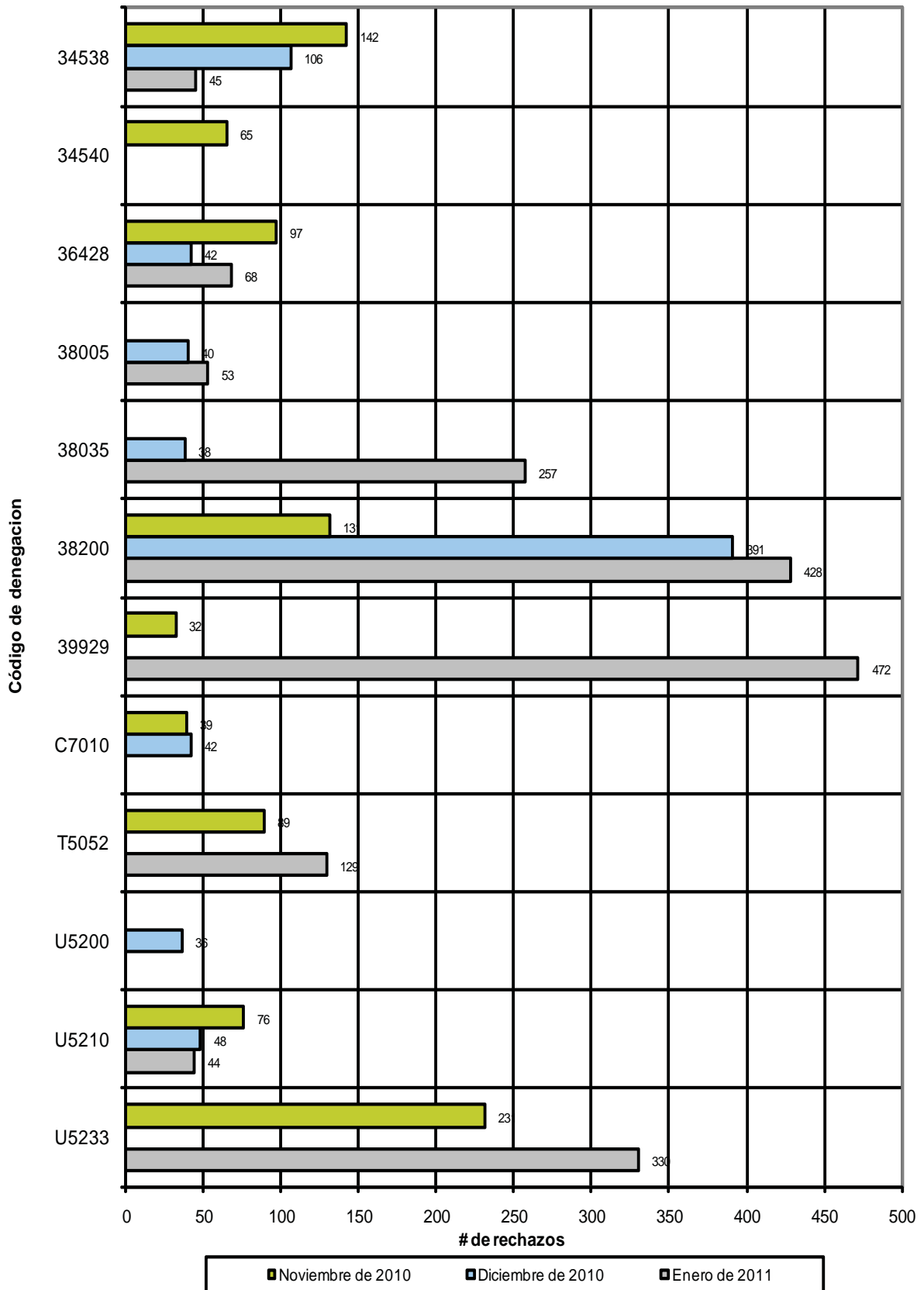
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de noviembre de 2010 - enero de 2011. Para consejos 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 noviembre de 2010-enero de 2011



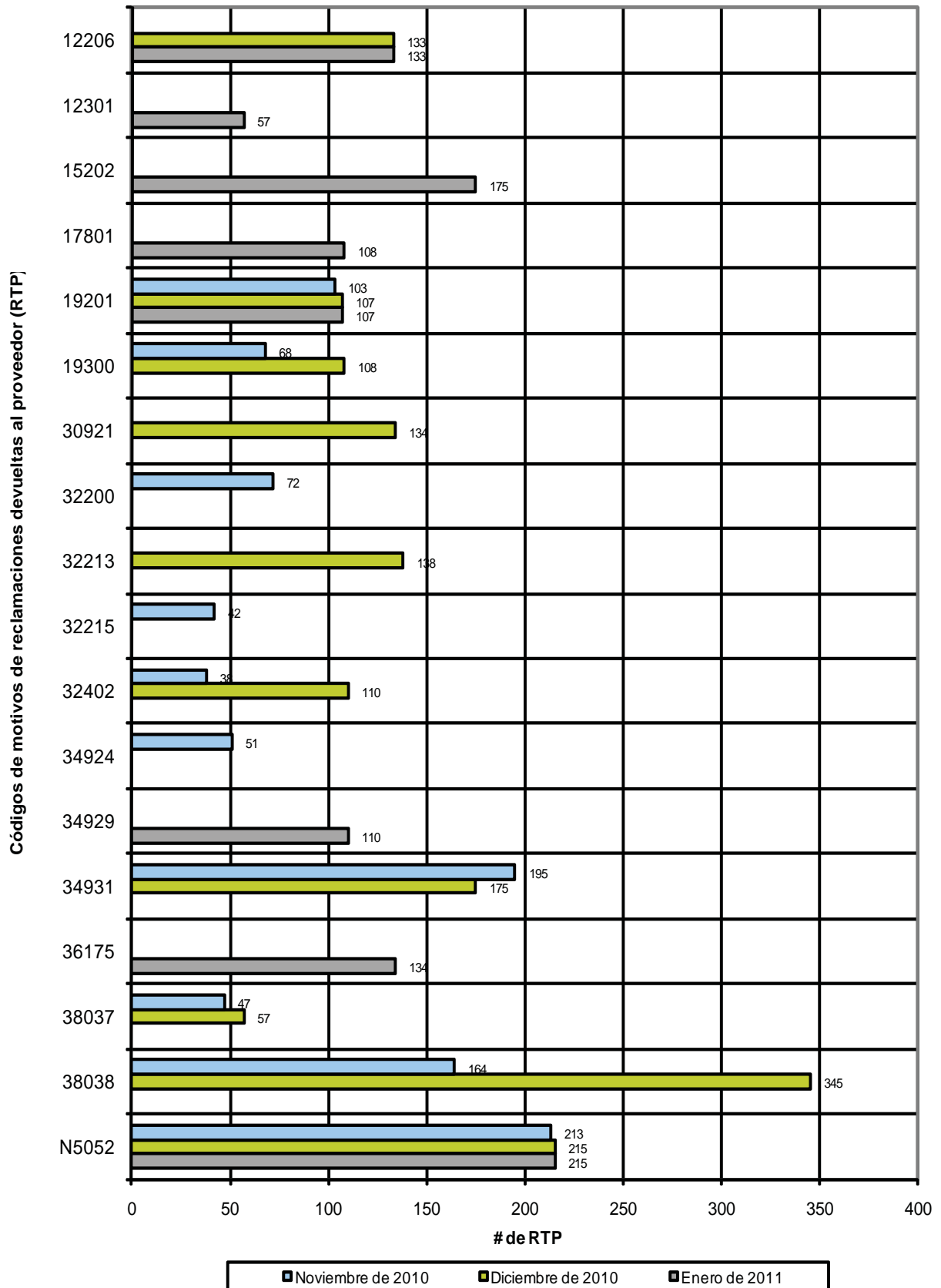
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en noviembre de 2010-enero de 2011



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

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en noviembre de 2010-enero de 2011



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisiones a las LCD Existentes

AJ9055: Cetuximab (Erbitux®).....	42
AJ9395: Fulvestrant (Faslodex®).....	42

Información Médica Adicional

C9272: Xgeva™ (denosumab).....	43
C9399/C9272: Prolia™ (denosumab).....	43

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

AJ9055: Cetuximab (Erbitux®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28802 (Florida)

Identificador de LCD: L28804 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cetuximab (Erbitux®) fue revisada el 22 de Julio de 2009. Desde entonces, en base al texto actual de “*off label use*” de Erbitux® para el tratamiento de primera instancia de células pulmonares cancerosas (NSCLC) no pequeñas, en combinación con medicinas de quimioterapia cisplatino y vinorelbina, fue actualizada la sección ‘*Indications and limitations of Coverage and/or Medical Necessity*’ de la LCD. También, fue agregado el rango de códigos de diagnóstico 162.0-162.9 en la sección “*ICD-9 Codes that Support Medical Necessity*” de la LCD. Además, fue actualizada la sección “*Sources of Information and Basis for Decision*” de la LCD para agregar referencias adicionales consideradas para esta revisión.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 24 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el *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. Para LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “*Display Future Effective Documents*” en la parte superior de la lista de la página de LCD.

Florida Parte A -- Lista activa de las LCD organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista activa de las LCD

AJ9395: Fulvestrant (Faslodex®) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28844 (Florida)

Identificador de LCD: L28877 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para fulvestrant (Faslodex®) 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 el contratista administrativo de Medicare (MAC) LCD para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, basado en una solicitud de reconsideración, el lenguaje del programa de dosis recomendado fue revisado bajo la sección “*Utilization Guidelines*” de la LCD. En Adición, la sección “*Sources of Information and Basis for Decision*” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 25 de enero de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 9 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database de CMS* en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

Florida Parte A -- Lista activa de las LCD organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista activa de las LCD

Información Médica Adicional

C9272: Xgeva™ (denosumab)

Xgeva™ (denosumab) es un inhibidor RANK ligand (RANKL) indicado para la prevención de eventos relacionados al esqueleto en pacientes con metástasis ósea de tumores sólidos. Xgeva™ no es indicado para la prevención de eventos relacionados al esqueleto en pacientes con mieloma múltiple. Xgeva™ ha sido aprobado por *Food and Drug Administration* (FDA) el 18 de noviembre de 2010. La administración de calcio y vitamina D para tratamiento o prevención de hipocalcemia. Xgeva™ se administra en forma subcutánea en dosis de 120 mg cada 4 semanas, en la parte superior del brazo o muslo o en el abdomen y debe ser administrado por un profesional de cuidados de la salud.

En ausencia de una *National Coverage Determination* (determinación nacional de cobertura, NCD) o de una *Local Coverage Determination* (determinación local de cobertura, LCD), Medicare puede considerar el prestar cobertura de una medicina que no es habitualmente auto-administrada, por indicación de FDA cuando es administrada con incidencia a un servicio médico o en un establecimiento hospitalario. El registro médico debe respaldar claramente el diagnóstico y las pautas de FDA tanto para su utilización como para su administración.

C9399/C9272: Prolia™ (denosumab)

Prolia™ (denosumab) es un inhibidor RANK ligand (RANKL) indicado para tratamiento de mujeres posmenopáusicas con osteoporosis en gran riesgo de fractura, definida como un historial de fractura, o múltiples factores de riesgo para fractura; o pacientes que han fallado o son intolerantes a otras terapias disponibles de osteoporosis. Prolia™ fue aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA) el 1 de junio de 2010. Los pacientes deben ser instruidos a tomar calcio 1000 mg. diariamente y al menos 400 IU de vitamina D diariamente debido a hipocalcemia (insuficiencia de calcio en la sangre) siendo una contraindicación. Prolia™ es administrada 60 mg cada 6 meses subcutáneos en la parte superior del brazo, parte superior del muslo o abdomen y debe ser administrado por un profesional del cuidado de la salud.

En la ausencia de una determinación nacional de cobertura (NCD) o determinación local de cobertura (LCD), Medicare puede considerar cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado por indicación de la FDA cuando la administración está subordinada a los servicios de un médico o en el ambiente de hospital. El registro médico debe sustentar claramente el diagnóstico y las directrices de la FDA para uso como también la administración.

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.

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 “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 45003
Jacksonville, FL 32232-5003

Re-determinaciones**Re-determinaciones sobre pagos en exceso**

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

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

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

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

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO**Número de Fax**

1-904-361-0407

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

COBERTURA Y REEMBOLSO

Cambios de tarifa resultantes de la actualización de MPFS a abril de 2011

Los cambios de tarifa de Medicare physician fee schedule (MPFS) detallados a continuación son efectivos para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011, procesados a partir del 4 de abril de 2011.

Cod/Mod	Par	Nonpar	Ult.cargo
93224	\$90.56	\$86.03	\$98.93
93225	\$26.21	\$24.90	\$28.64
93226	\$38.84	\$36.90	\$42.44
93503	\$122.11	\$116.00	\$133.40

Información adicional

Para información adicional, refiérase a la orden de cambio 7319 (CR 7319), en <http://www.cms.gov/Transmittals/downloads/R2150CP.pdf> o al artículo MLN Matters MM7319, disponible en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7319.pdf>.

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 2008 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del CPT). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que apliquen.

Acreditación para médicos y profesionales de la salud que suplen el componente técnico de servicios de imagen de diagnóstico avanzada

Número de *MLN Matters*: MM7176

Número de petición de cambio relacionado: 7176

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R858OTN

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) aprobaron a tres organizaciones acreditadoras nacionales (AO) para proveer servicios de acreditación para suplidores del componente técnico (TC) de procedimientos de imagen de diagnóstico avanzada (ADI). Para prestar el TC de los servicios ADI para los beneficiarios de Medicare, los suplidores deben estar acreditados para el 1 de enero de 2012. Este requisito afecta a las reclamaciones con una fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2012.

Las reclamaciones de los proveedores para el TC de los servicios ADI serán denegadas:

- Si el proveedor no está inscrito o acreditado por una organización acreditadora designada por CMS (código de denegación N290: “*Missing/incomplete/invalid rendering provider primary identifier.*”); o
- Si el código presentado no está listado en el archivo de elegibilidad del proveedor (código de denegación de ajuste de reclamación: “*The rendering provider is not eligible to perform the service billed.*”).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7176.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7176, 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/R858OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 858, CR 7176

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.

Códigos HCPCS adicionales pagables según la lógica de precios de piezas de recambio, accesorios e insumos

Número de *MLN Matters*: MM7261

Número de petición de cambio relacionado: 7261

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R846OTN

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Tres códigos adicionales en el *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) para piezas de recambio, accesorios e insumos de dispositivos de implante prostético, están vigentes a partir del 1 de enero de 2011. Los suplidores inscritos en *National Supplier Clearinghouse* (NSC) como abastecedores de equipo médico durable, prótesis ortóticas e insumos (DMEPOS) pueden facturar a los proveedores de Parte B de Medicare o a Medicare Administrative Contractors (contratistas administrativos de Medicare, A/B MAC):

- L8693 (dispositivo prostético auditivo integrado al hueso, cualquier tamaño, solamente reemplazo);
- Q0478 (adaptador de energía para uso con dispositivo eléctrico o dispositivo auxiliar eléctrico-neumático, tipo vehículo); y
- Q0479 (modulo de energía para uso con dispositivo eléctrico o dispositivo auxiliar eléctrico-neumático, solamente reemplazo).

Estos contratistas de Medicare reprocesarán cualquier reclamación que contenga alguno de los tres códigos HCPCS indicados más arriba y presentados por suplidores DMEPOS con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, a través de la fecha de implementación de esta orden de cambio (CR), de acuerdo a las pautas establecidas en CR5917 y CR6573.

Estas reclamaciones serán rechazadas cuando se presenten a los DME MAC conteniendo estos códigos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7261.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7261, 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/R846OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 846, CR 7261

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

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Actualización de versión 2.8 de Medicare Remit Easy Print (MREP)

La versión 2.8 del software MREP está disponible para ser descargada del sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp. Hay dos nuevos reportes de reclamaciones de Medicare como pagador secundario/ajenas a MSP. El reporte de reclamaciones MSP identifica las reclamaciones X12 835V4010A1 y v5010 dentro de una remesa, como procesadas dentro de Medicare como pagador secundario. El reporte de reclamaciones ajenas a MSP identifica reclamaciones X12 835V4010A1 y V5010 dentro de una remesa donde fueron procesadas por Medicare como pagador primario.

Desde que fueron hechos los cambios al software MREP, el archivo actualizado “*Claim Adjustment Reason Codes/ Remittance Advice Remark Codes*” está incluido junto con la versión 2.8 del software MREP. Sin embargo, se provee por separado el archivo “*Codes.ini*” cuando se distribuye la versión 2.8 del software MREP.

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

Fuente: CMS PERL 201102-02

INTERÉS GENERAL

Hoja informativa ‘Ambulatory Surgical Center Fee Schedule’ ahora está disponible

La publicación revisada titulada “Ambulatory Surgical Center Fee Schedule” (enero 2011) está ahora disponible en formato descargable en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/AmbSurgCtrFeeymtfcst508-09.pdf>. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre la tarifa fija de centro de cirugía ambulatoria (ASC) e influye información sobre la definición de un ASC, pago ASC, y como los índices de pago son determinados.

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

Fuente: CMS PERL 201101-50

Publicación revisada -- ‘The 2007 Physician Quality Reporting Initiative’

Una publicación revisada de *Medicare Learning Network*[®] titulada ‘The 2007 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)’ (November 2010) se encuentra ahora disponible en formato descargable de Internet, en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/PQRIbooklet012811-ICN905743.pdf>. Este folleto es una compilación de varios recursos de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) relacionados con la *Physician Quality Reporting Initiative* de 2007.

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

Fuente: CMS PERL 201102-45

Recordatorio del programa de incentivo de prescripción electrónica (eRx) de 2011 – evite el ajuste

En noviembre, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron que a partir de 2012, los profesionales elegibles que no utilizan la prescripción electrónica, en reclamaciones presentadas entre el 1 de enero y 30 de junio de 2011, podrían estar sujetos a un ajuste de pago de los servicios cubiertos por el plan de tarifa médica fija (PFS) de Medicare Parte B. La sección 132 de *Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008* (MIPPA), autoriza a 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.

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 2012.

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

Fuente: CMS PERL 201102-09

Recordatorio de 2011 para la facturación centralizada de reclamaciones de vacunación contra la influenza y neumococo

La facturación centralizada es un proceso en el cual un proveedor, que provee servicios de inmunización en masa para inmunizaciones contra el virus de influenza y el virus de neumonía neumococo (PPV, por sus siglas en inglés), puede enviar todas las reclamaciones a un solo contratista para pago sin importar la localidad geográfica en la cual la vacunación fue administrada. (Esto no incluye las reclamaciones de *Railroad Retirement Board*, *United Mine Workers* o *Indian Health Services*. Estas reclamaciones deben continuar a la entidad de procesamiento apropiada). Este proceso está solamente disponible para las reclamaciones de vacunas contra el virus de influenza y neumococo y su administración. La administración de las vacunas es reembolsada al índice asignado basado en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) para la localidad apropiada. Las vacunas son reembolsadas al índice asignado utilizando el método estándar de Medicare para reembolso de medicamentos y productos biológicos.

Las entidades individuales interesadas en la facturación centralizada deben contactar a la oficina central de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), por escrito, a la siguiente dirección para el 1 de junio del año que ellos desean comenzar la facturación central.

Centers for Medicare & Medicaid Services
Division of Practitioner Claims Processing
Provider Billing and Education Group
7500 Security Boulevard
Mail Stop C4-10-07

Baltimore, Maryland 21244

Al acceder a participar en el programa de facturación centralizada, los proveedores acuerdan someterse a los siguientes criterios.

Criterios para la facturación centralizada

- Para calificar para la facturación centralizada, una persona o entidad que provee servicios de inmunización en masa para las vacunaciones contra el virus de influenza y neumococo debe proveer estos servicios en al menos tres localidades de pago para las cuales hay al menos tres diferentes contratistas procesando reclamaciones.
- Las personas y entidades que proveen la vacuna y administración deben estar apropiadamente licenciados en el estado en el cual se ofrecen las inmunizaciones.
- Los facturadores centralizados deben acordar a aceptar asignación (i.e., deben acordar aceptar la cantidad que Medicare paga para la vacuna y la administración). Puesto que no existe coseguro o deducible para el beneficio de virus de influenza y neumococo, aceptando asignación significa que los beneficiarios de Medicare no pueden ser facturados por la vacunación, i.e., beneficiarios no pueden incurrir en cualquier gasto del bolsillo. Por ejemplo, una farmacia no puede facturar a un beneficiario de Medicare \$10 por una vacunación contra el virus de influenza y ofrecer al beneficiario un cupón de \$10 para ser usado en la farmacia.

Nota: La práctica de requerir a un beneficiario pagar por la vacunación de antemano y de archivar su propia reclamación para reembolso es inapropiada. Todos los proveedores de Medicare son exigidos que archiven reclamaciones del beneficiario por la Sección 1848(g)(4)(A) del Social Security Act y los facturadores centralizados no pueden coleccionar ningún pago.

- El contratista asignado para procesar las reclamaciones de facturación centralizada es escogido a la discreción de CMS basado en consideraciones tales como carga de trabajo, software fácil de usar desarrollado por el contratista para facturar reclamaciones, y el desempeño en general. El contratista asignado para este año es *TrailBlazer Health Enterprises, LLC*.
- Los índices de pago para la administración de vacunas están basadas en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) para el año apropiado. El pago realizado a través de MPFS está basado en la localidad geográfica. Por lo tanto, los pagos recibidos pueden variar basados en la localidad geográfica donde el servicio fue realizado. El pago es realizado al índice asignado.
- Los índices de pago para las vacunas son determinados por el método estándar utilizado por Medicare para el reembolso de medicamentos y productos biológicos. El pago es realizado al índice asignado.
- Los facturadores centralizados deben presentar sus reclamaciones en listas de facturas en un medio electrónico aprobado de formato estándar. Las reclamaciones en papel no serán aceptadas.
- Los facturadores centralizados deben obtener cierta información para cada beneficiario incluyendo el nombre, número de seguro de salud, fecha de nacimiento, sexo, y firma. *TrailBlazer Health Enterprises, LLC* debe ser contactado antes de la temporada para los requisitos exactos. La responsabilidad yace con el facturador centralizado para presentar información correcta del beneficiario de Medicare (incluyendo el número de reclamación de seguro de salud del beneficiario de Medicare) puesto que el contratista no será capaz de procesar reclamaciones incompletas o incorrectas.
- Los facturadores centralizados deben obtener una dirección para cada beneficiario para que una notificación de resumen de Medicare (MSN) pueda ser enviada al beneficiario por el contratista. Los beneficiarios algunas veces están confundidos cuando ellos reciben un MSN de un contratista que no sea el contratista que normalmente procesa sus reclamaciones el cual resulta en consultas innecesarias del beneficiario al contratista de Medicare. Por lo tanto, los facturadores centralizados deben proveer a cada beneficiario que recibe una vacunación contra el virus de influenza o neumococo con el nombre del contratista que procesa.

Recordatorio de 2011 para la facturación centralizada de... (continuación)

La notificación debe ser por escrito, en la forma de folleto o distribución impresa, y debe estar aprobado para cada beneficiario a la hora de que él o ella reciba la vacunación.

- Los facturadores centralizados deben retener listas de facturas con las firmas del beneficiario en su localización permanente por un periodo de tiempo consistente con las regulaciones de Medicare. *TrailBlazer Health Enterprises, LLC* puede proveer esta información.
- Aunque los facturadores centralizados puede que ya tengan un número del proveedor de Medicare, para propósitos de facturación centralizada, también deben obtener un número del proveedor de *TrailBlazer Health Enterprises, LLC*. Esto puede ser hecho al completar el CMS-855 (aplicación de inscripción del proveedor), el cual puede ser obtenido de *TrailBlazer Health Enterprises, LLC*.
- Si la solicitud de una persona o entidad para facturación centralizada es aprobada, la aprobación es limitada al periodo de 12 meses desde el 1 de septiembre hasta el 31 de agosto del siguiente año. Es la responsabilidad del facturador centralizado el aplicar de nuevo a CMS CO para aprobación cada año para el 1 de junio. Las reclamaciones no serán procesadas por cualquier facturador centralizado sin el permiso de CMS.
- Cada año el facturador centralizado debe contactar a *TrailBlazer Health Enterprises, LLC* para verificar el entendimiento de la póliza de cobertura para la administración de la vacuna contra el neumococo, y para una copia del lenguaje de advertencia que es requerido en la lista de factura.

El facturador centralizado es responsable de proveer al beneficiario con un registro de vacunación de neumococo.

La información en los artículos 1 al 8 abajo debe estar incluida con la solicitud individual o anual de la entidad para participar en la facturación centralizada:

1. Estimado del número de beneficiarios que recibirán las vacunaciones contra el virus de influenza
2. Estimados para el número de beneficiarios que recibirán vacunaciones contra el neumococo
3. Las fechas aproximadas para cuando las vacunaciones serán ofrecidas
4. Una lista de los estados en el cual las clínicas del virus de influenza y neumococo tendrán lugar
5. El tipo de servicios generalmente provisto por la corporación (e.g., ambulancia, salud en el hogar, o enfermera que visita)
6. Si las enfermeras que administrarán las vacunaciones contra el virus de influenza y neumococo son empleadas de la corporación o serán contratadas por la corporación específicamente para el propósito de administrar vacunaciones contra el virus de influenza y neumococo
7. Nombres y direcciones de todas las entidades que operan bajo la aplicación de la corporación
8. Información de contacto para la persona de contacto para el programa de facturación centralizada. ❖

TRANSICIÓN DE HIGLAS

Transición del sistema de contabilidad, HIGLAS, para los proveedores de la Parte B de FCSO

El 11 de marzo de 2011, First Coast Service Options (FCSO) hará la transición de su sistema de contabilidad financiero de la Parte B al “*Healthcare Integrated General Ledger Accounting System*” (HIGLAS) para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes Americanas. HIGLAS es un sistema de contabilidad de entrada doble que reemplaza sólo el sistema actual de finanzas de Medicare utilizado por los contratistas administrativos de Medicare.

La implementación de HIGLAS le permitirá a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) rastrear los pagos de Medicare y pagar correctamente reclamaciones de más de 40 millones de beneficiarios de Medicare. HIGLAS también proveerá a CMS con evaluaciones mejoradas de los sistemas de contabilidad del contratista, como también acceso a información más correcta, a tiempo y consistente para la toma de decisiones y evaluaciones de funcionamiento.

Para asegurarle una interrupción mínima, por favor revise este artículo con su equipo de trabajo apropiado para aprender sobre los impactos y cambios que esta transición tendrá en los pagos de Medicare a su organización.

Por favor tenga en cuenta que esta transición envuelve sólo el sistema de finanzas de FCSO. No cambiará la forma en que usted somete reclamaciones actualmente. FCSO y los proveedores continuarán utilizando el sistema actual de procesamiento de reclamaciones, “Multi Carrier System” (MCS), para todas las actividades de procesamiento de reclamaciones.

Interrupción del itinerario de pago en marzo

Para asegurar una transición al sistema de HIGLAS exitosa, CMS aprobó la solicitud de FCSO de reducir el tiempo requerido de pago (*payment floor*) para reclamaciones en papel y por medios electrónicos (EMC, por sus siglas en inglés). El **8 y 9 de marzo de 2011**, el “*payment floor*” fue reducido a cero para reclamaciones en papel y las reclamaciones electrónicas, lo que significa que

todas las reclamaciones aprobadas para pago se pagarán durante estos dos ciclos de pago

Esta reducción temporal del “*payment floor*” resultará en dos pagos más alto de lo normal, y pagos menores por los próximos 10 a 14 días (14 al 25 de marzo). Esto puede dar la apariencia de que la entrada de dinero aumentó cuando de hecho, el pago de algunas de sus reclamaciones se ha efectuado más temprano de lo normal.

Exhortamos a los proveedores a monitorear sus pagos y hacer los ajustes necesarios para prevenir problemas de flujo de efectivo durante este periodo de tiempo.

Impacto a los Avisos de Remesa durante la transición

FCSO no estará efectuando pagos del 10 al 11 de marzo. Los Avisos de Remesa Electrónicos (ERA, por sus siglas en inglés) y los Avisos de Remesa en papel (RA, por sus siglas en inglés) no estarán disponibles. FCSO resumirá los ciclos de pagos normales y la emisión de pagos el 14 de marzo, cuando los proveedores podrán recuperar sus ERAS.

Impacto en el proceso de reclamaciones en días feriados Federales

Actualmente, el sistema en línea de procesamiento de reclamaciones de FCSO está disponible en días feriados Federales y FCSO procesa reclamaciones en algunos días feriados Federales. Con HIGLAS, el sistema en línea continuará estando disponible pero las reclamaciones ya no se procesarán en días feriados Federales.

Para revisar una lista de feriados Federales, visite medicareespanol.fcso.com, seleccione “Enlaces Populares” y seleccione el enlace “Calendario de días feriados 2011”.

Cronología de la transición HIGLAS

La transición a HIGLAS será completada y los ciclos de pago serán resumidos el lunes, 14 de marzo. Para un resumen de todas las fechas claves de transición, por favor revise la siguiente cronología.

Fecha	Actividad
8-9 de marzo	Se libera el pago de todas las reclamaciones ya aprobadas para pago, durante estos dos ciclos de pago
9 de marzo	Último ciclo de pago de MCS (“ <i>payment floor</i> ” reducido a cero)
10-11 de marzo	No se efectuarán pagos -- ERAs y RAs en papel no son producidas
11 de marzo	Transición a HIGLAS
14 de marzo	Transición a HIGLAS completada – reinstalado el “ <i>payment floor</i> ”, se resumen las ERAs y RAs
14-25 de marzo	Los proveedores pueden experimentar pagos menores significativamente debido al pago temprano hecho previo a la transición. Los proveedores necesitan monitorear y manejar su flujo de efectivo durante este periodo de tiempo

Transición del sistema de contabilidad HIGLAS... (continuación)

Cambios adicionales con HIGLAS

- Pagos de reclamaciones menores a \$1.00. Las instrucciones actuales de CMS requieren al contratista a retener los pagos de reclamaciones menores de \$1.00 hasta que otro pago mayor a \$1.00 es generado y entonces combinar los dos pagos. Pagos menores a \$1.00 serán hechos ahora debido a que la funcionalidad de HIGLAS no suprimirá esos pagos.
- Reclamaciones y pagos de reembolsos sujetos a retención. Los proveedores se pueden colocar en retención debido a una dirección de expedición, quiebras, o suspensión de pagos. Actualmente, las retenciones son aplicadas al pago neto después de cualquier sobrepago elegible que haya sido recuperado. Con HIGLAS, las retenciones serán aplicadas a nivel de la reclamación. Como resultado, el dinero retenido no será aplicado a sobrepagos elegibles hasta que la retención sea liberada.
- Reclamaciones y pago de reembolsos sujetos a retención para terceras personas (*Third Party Payer-TPP*). El pago de un proveedor puede estar sujeto a retención para TPP, como lo es el "*Internal Revenue Service*" (IRS). En el ambiente actual, cuando un proveedor está sujeto a TPP, un cheque del proveedor se selecciona y el pago se efectúa a la tercera persona pero no se notifica en el RA. HIGLAS comunicará la retención del pago de un proveedor para TPP en el RA.

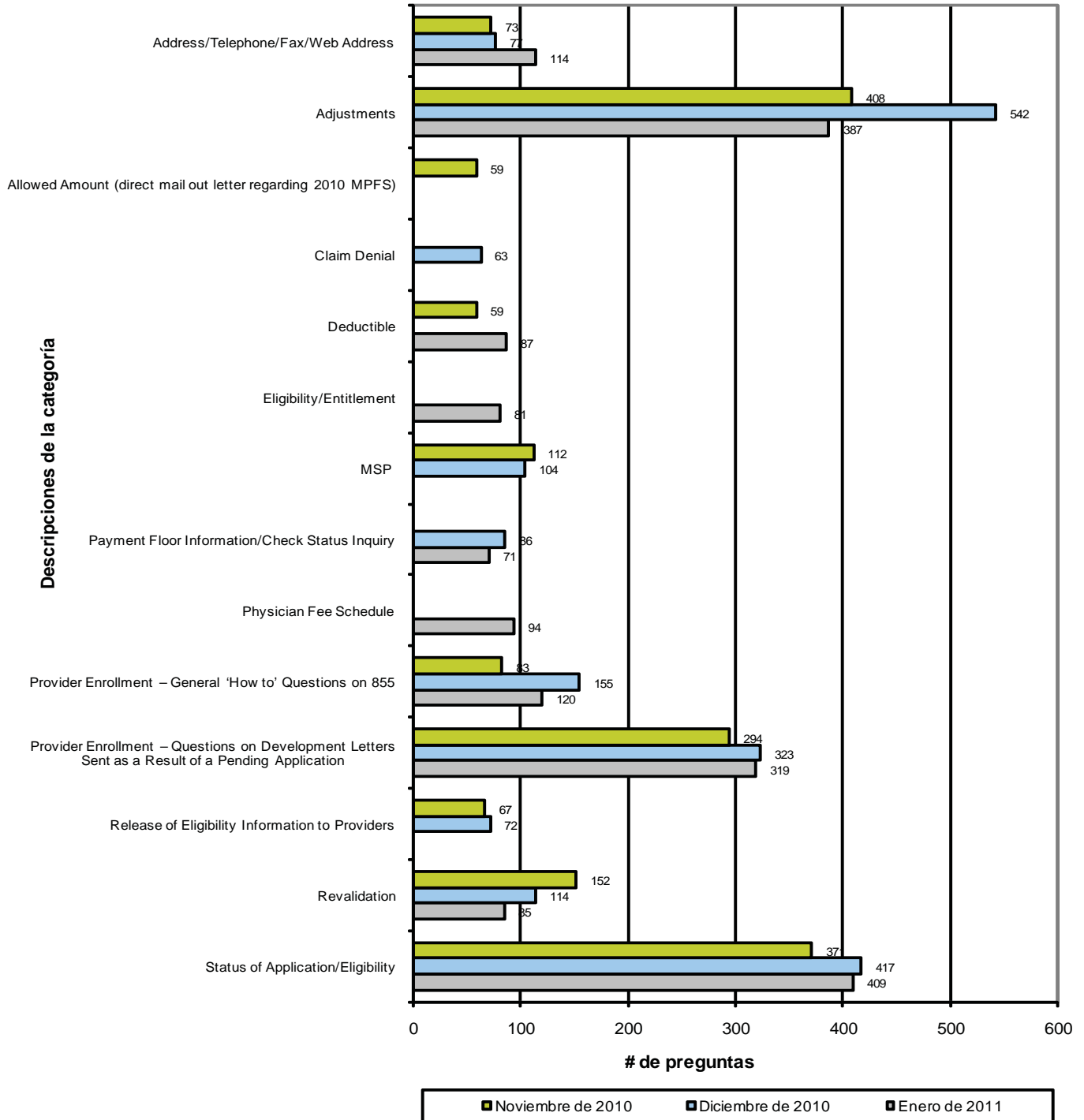
Manténgase informado

Los proveedores pueden mantenerse informados de las últimas noticias de HIGLAS suscribiéndose a la lista de la transición a HIGLAS de la Parte B de eNews. Seleccione "Suscríbese a eNews" en el sitio Web de proveedores de FCSO.

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP), en noviembre de 2010 - enero de 2011

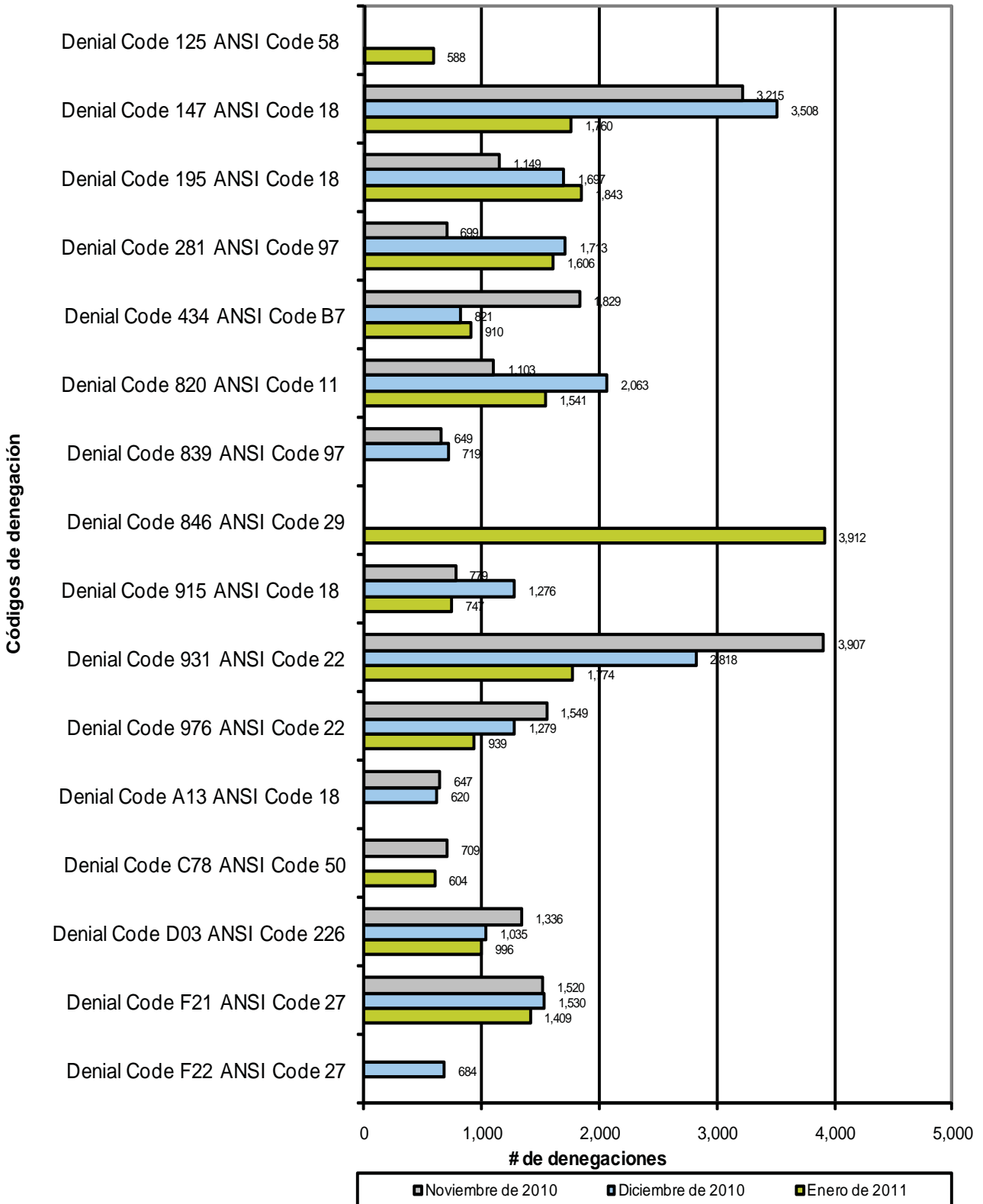
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de noviembre de 2010 - enero de 2011. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp

Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2010-enero de 2011



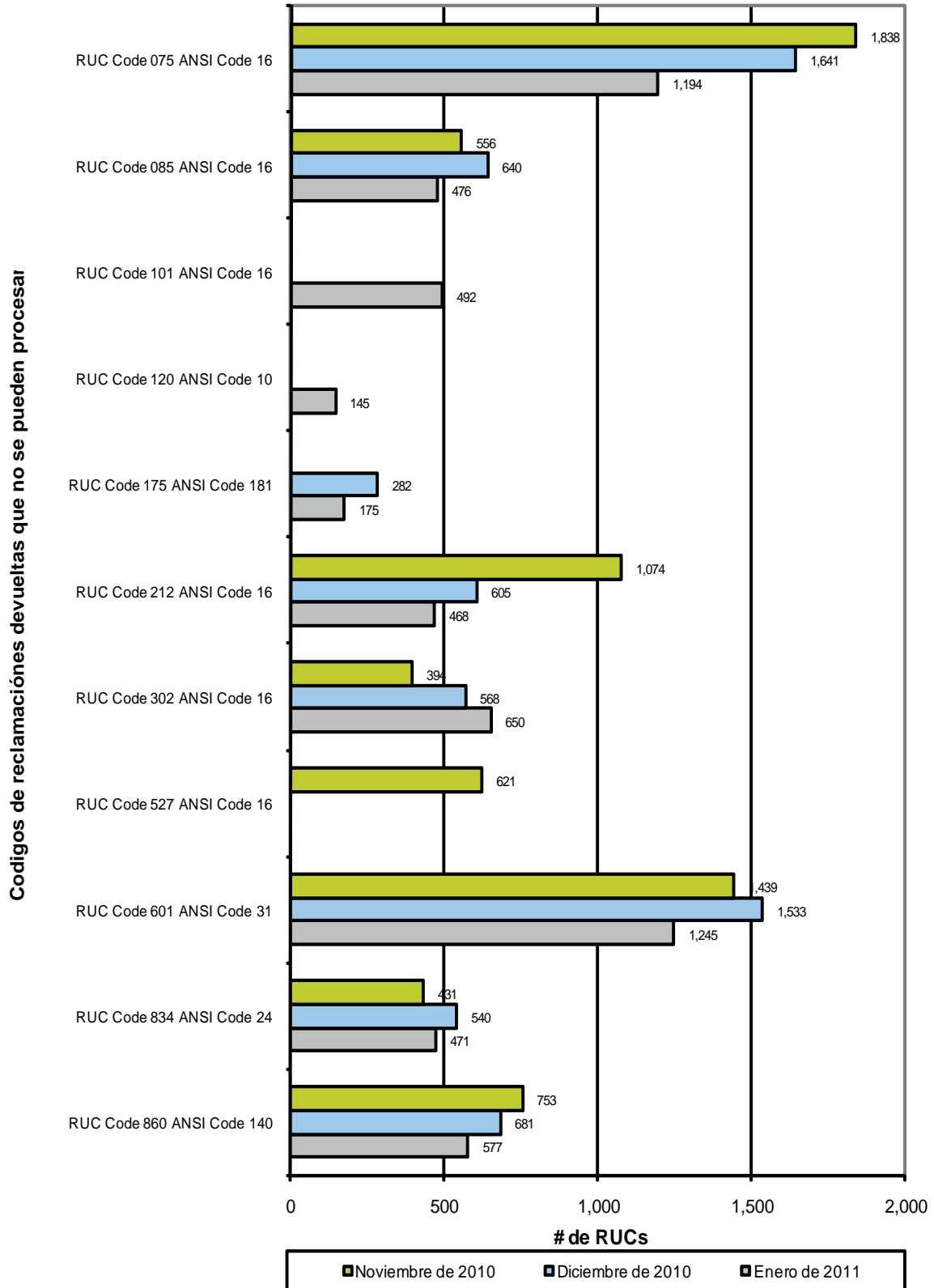
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2010-enero de 2011



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

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2010-enero de 2011



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisiones a las LCD Existentes

J9055: Cetuximab (Erbix [®])	58
J9395: Fulvestrant (Faslodex [®])	58

Notificación de corrección

G0431: Qualitative Drug Screening.....	59
--	----

Información Médica Adicional

J3490/C9272: Prolia [™] (denosumab).....	60
J3490/C9272: Xgeva [™] (denosumab).....	60

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

J9055: Cetuximab (Erbix®) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29097 (Florida)

Identificador de LCD: L29112 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cetuximab (Erbix®) fue revisada el 22 de Julio de 2009. Desde entonces, en base al texto actual de “off label use” de Erbix® para el tratamiento de primera instancia de células pulmonares cancerosas (NSCLC) no pequeñas, en combinación con medicinas de quimioterapia cisplatino y vinorelbina, fue actualizada la sección ‘*Indications and limitations of Coverage and/or Medical Necessity*’ de la LCD. También, fue agregado el rango de códigos de diagnóstico 162.0-162.9 en la sección “*ICD-9 Codes that Support Medical Necessity*” de la LCD. Además, fue actualizada la sección “*Sources of Information and Basis for Decision*” de la LCD para agregar referencias adicionales consideradas para esta revisión.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 21 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el *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. Para LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “*Display Future Effective Documents*” en la parte superior de la lista de la página de LCD.

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

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

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

J9395: Fulvestrant (Faslodex®) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29178 (Florida)

Identificador de LCD: L29430 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para fulvestrant (Faslodex®) 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 el contratista administrativo de Medicare (MAC) LCD para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, basado en una solicitud de reconsideración, el lenguaje del programa de dosis recomendado fue revisado bajo la sección “*Utilization Guidelines*” de la LCD. En Adición, la sección “*Sources of Information and Basis for Decision*” de la LCD fue actualizada.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 25 de enero de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 9 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

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

Notificación de corrección a LCD

G0431: Qualitative Drug Screening – notificación de corrección

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

La determinación local de cobertura (LCD) para exámenes cualitativos de fármacos, fue revisada el 13 de febrero de 2011. Cuando la LCD fue actualizada, debido a esta revisión, en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), el descriptor de código HCPCS G0431 estaba incorrecto. El descriptor dice equivocadamente “*Drug screen single class, high complexity test* (clase aislada de exámenes de fármacos, alta complejidad), (e.g. *immunoassay, enzyme assay*), cada espécimen”. El descriptor correcto del código HCPCS G0431, basado en el libro 2011 HCPCS Level II (vigente desde el 1 de enero de 2011), es “*Drug screen, qualitative; multiple drug classes by high complexity test method* (método de prueba de alta complejidad de examen de fármacos, cualitativo de múltiples clases de fármacos) (e.g., *immunoassay, enzyme assay*), por cada atención al paciente”. Además, de los cambios al descriptor del código HCPCS G0431, fueron eliminados los códigos CPT 80100 y HCPCS G0430 (el que fue reemplazado por código HCPCS G0434 “*Drug screen, other than chromatographic; any number of drug classes, by CLIA waived test or moderate complexity test, per patient encounter* (examen de fármacos, que no sean cromatográficos, cualquier número de tipos de fármaco, por test de CLIA omitido o prueba de complejidad moderada, por cada atención al paciente))”.

La base de datos será actualizada en la LCD en abril de 2011, para corregir el código HCPCS G0431. Mientras tanto, se utilizará el descriptor de código del libro 2011 HCPCS Nivel II para el código HCPCS G0431.

En el intertanto, se agregará un comentario a la LCD para clarificar el descriptor correcto del código HCPCS G0431.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles en la *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. Para LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “*Display Future Effective Documents*” en la parte superior de la lista de la página de LCD.

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

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

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

Información Médica Adicional

J3490/C9272: Prolia™ (denosumab)

Prolia™ (denosumab) es un inhibidor RANK ligand (RANKL) indicado para tratamiento de mujeres posmenopáusicas con osteoporosis en gran riesgo de fractura, definida como un historial de fractura, o múltiples factores de riesgo para fractura; o pacientes que han fallado o son intolerantes a otras terapias disponibles de osteoporosis. Prolia™ fue aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA) el 1 de junio de 2010. Los pacientes deben ser instruidos a tomar calcio 1000 mg. diariamente y al menos 400 IU de vitamina D diariamente debido a hipocalcemia (insuficiencia de calcio en la sangre) siendo una contraindicación. Prolia™ es administrada 60 mg cada 6 meses subcutáneos en la parte superior del brazo, parte superior del muslo o abdomen y debe ser administrado por un profesional del cuidado de la salud.

En la ausencia de una determinación nacional de cobertura (NCD) o determinación local de cobertura (LCD), Medicare puede considerar cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado por indicación de la FDA cuando la administración está subordinada a los servicios de un médico o en el ambiente de hospital. El registro médico debe sustentar claramente el diagnóstico y las directrices de la FDA para uso como también la administración.

T J3490/C9272: Xgeva™ (denosumab)

Xgeva™ (denosumab) es un inhibidor RANK ligand (RANKL) indicado para la prevención de eventos relacionados al esqueleto en pacientes con metástasis ósea de tumores sólidos. Xgeva™ no es indicado para la prevención de eventos relacionados al esqueleto en pacientes con mieloma múltiple. Xgeva™ ha sido aprobado por *Food and Drug Administration* (FDA) el 18 de noviembre de 2010. La administración de calcio y vitamina D para tratamiento o prevención de hipocalcemia. Xgeva™ se administra en forma subcutánea en dosis de 120 mg cada 4 semanas, en la parte superior del brazo o muslo o en el abdomen y debe ser administrado por un profesional de cuidados de la salud.

En ausencia de una *National Coverage Determination* (determinación nacional de cobertura, NCD) o de una *Local Coverage Determination* (determinación local de cobertura, LCD), Medicare puede considerar el prestar cobertura de una medicina que no es habitualmente auto-administrada, por indicación de FDA cuando es administrada con incidencia a un servicio médico o en un establecimiento hospitalario. El registro médico debe respaldar claramente el diagnóstico y las pautas de FDA tanto para su utilización como para su administración.

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

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 "órdenes de compra" no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

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

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores**Cambios de dirección postal**

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

**Intercambio electrónico de datos
(EDI*)**

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

**Lista de vacunados contra la
influenza**

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

**Determinaciones locales de
cobertura**

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

Cobro de deudas

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

**Correo nocturno y otros servicios
postales especiales**

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

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

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

**Personas con dificultades de habla
y oído (TDD)**

1-888-216-8261

**Sistem de respuesta automática
(IVR)**

1-877-847-4992

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

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

**Personas con Dificultades de Habla
y Oído (TDD)**

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

**Centers for Medicare & Medicaid
Services**

www.cms.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid
Services**

www.medicare.gov

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

