

EN ESTA EDICIÓN...



CUANDO LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Clarificación de estándares nacionales de servicios de enseñanza de autocontrol de la diabetes

La clarificación permite a proveer servicios de autocontrol de la diabetes5

HIPAA 5010 & D.0 – calendario de implementación

Entérese de los eventos actuales y futuros de este proceso de implementación13

Nuevas preguntas frecuentes puestas en línea sobre EHR

CMS desea ayudarle a encontrar las respuestas que usted necesita acerca del programa EHR16

Implementación de tarifas para la inscripción en Medicare

Se empieza a cobrar a los proveedores/suplidores por inscripción en el programa de Medicare19

Pago de incentivo a los CAH bajo el método opcional

El 10 por ciento de incentivo es pagado a un CAH que factura según el método opcional.....35

Actualización de abril de 2011 al OPPS

Este artículo describe los cambios a la actualización del OPPS a ser implementados en abril37

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

No prescribir en forma electrónica resultará en el 99 por ciento del pago por servicios cubiertos ...52

La importancia de codificar correctamente el lugar de servicio

La codificación incorrecta conduce a pagos excesivos por parte de Medicare58

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	5
Recursos educacionales	32
Información para proveedores de la Parte A.....	33
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	44
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	49
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	50
Información para proveedores de la Parte B.....	51
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	62
Formulario para ordenar materiales de Parte B	69
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	70

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

En esta edición 1
 Tabla de contenido 2

Sobre esta publicación 3

Partes A/B

Servicios de autocontrol de la diabetes 5
 Pruebas para la infección del HIV 6
 Expansión de servicios de telehealth 6
 Desfibrilador cardioversor implantable 7
 Limitaciones al tratamiento de salud mental 7
 Facturación de reclamaciones de ambulancia 8
 Fracciones de milla de ambulancia 8
 Corrección a la tabla de servicios preventivos 9
 Proveedores que refieren/ordenan 9
 Disponibles los archivos ASP de abril 2011 9
 Sobre pago en la remesa de pago 10
 Dispensa de pago de coseguro y deducible 10
 Consulta de bienestar anual 11
 Códigos de categoría de estatus 11
 Actualización de códigos de terapia 12
 Pruebas de medicamentos de Medicare 12
 HIPAA 5010 & D.O — calendario 13
 Implementación de HIPAA 5010 & D.O 15
 Tecnología de información de salud y EHR 15
 Datos elegibilidad en sitios Web contratista 16
 Preguntas frecuentes sobre EHR 16
 Categorías de revisión en base a riesgos 17
 Implementación de tarifas de inscripción 19
 PECOS basado en Internet fácil de usar 19
 Tarifa de solicitud de inscripción 20
 Implementación disposiciones de inscripción 21
 Correcciones códigos de facturación de SNF 21
 Tarifa de laboratorio clínico 22
 Tarifas permitidas recolección especímenes 22
 Actualización de abril de MPFS 23
 Actualización de emergencia al MPFS 23
 ‘Quarterly Provider Compliance Newsletter’ 24
 Marzo mes de conciencia cáncer colorrectal 24
 Encuesta 2011 de MCPSS 25
 Preguntas frecuentes sobre ICD-10 25
 Marzo mes de la nutrición 26
 Conciencia de HIV/AIDS y alerta de diabetes 26
 Página de opiniones del MLN 28
 Recursos revisados del MLN 28
 ‘The National Provider Identifier’ 28
 ‘Quick Reference Information’ 29
 Catálogo de tarifas fijas de Medicare 29
 Sitio Web de ICD-10 MS-DRG 29
 Requisito presentar reclamaciones a tiempo 29
 Catálogo de tarifas de laboratorio clínico 30
 Hoja informativa de MCPSS 30
 Abandonar el uso del tabaco y cigarrillo 30
 Vacuna virus de influenza y neumococo 31
 Affordable Care Act, Sección 3113 31

Recursos Educativos

Próximos eventos educacionales 32

Parte A

Hospitales de enseñanza 33
 Departamento emergencia bajo IPF PPS 34
 Pago de incentivo a los CAH 35
 Hoja informativa revisada ‘HH PPS’ 35
 Actualización 2011 del OPSS 35
 Actualización del IRF PPS 36
 Actualización de IPF PPS 36
 Actualización enero 2011 de OPSS 36
 Actualización abril 2011 de OPSS 37
 Recursos educativos en línea 38
 Facturación códigos G0438 y G0439 38
 ‘Medicare Dependent Hospital’ 38
 ‘Rural Referral Center’ 38
 Servicios preventivos de RHC 39
 Manual electrónico procesamiento 39
 Actualizaciones del MBPM 40
 Especificaciones abril 2011 al I/OCE 40

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación 41

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A 44

Ordenar materiales de Parte A 49

Contactos Parte A de Puerto Rico 50

Parte B

Actualización para revisar CCI 51
 Pagos incorrectos de Medicare 51
 Incentivo eRx de 2011, evitando el ajuste 52
 Pago de incentivo del cuidado primario 53
 Elegibilidad PCIP nuevos proveedores 53
 Actualización del programa eRx 2011 54
 Información resumida de PCIP 54
 Procedimientos de inscripción 55
 ‘ASC Fee Schedule’ 55
 Physician Compare Initiative 56
 Servicios de patología nuevos mensajes 56
 Nuevas pruebas con dispensa 57
 Actualizaciones de CLIA 57
 La importancia de codificar POS 58

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación 59

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B 62

Ordenar materiales de Parte B 69

Contactos Parte B de Puerto Rico 70

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 3, No. 3
Marzo 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.

La distribución de *Medicare A y B Al Día* en copia impresa 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 (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. ❖

Formulario para la suscripción anual de la publicación Medicare A y B Al Día en copia impresa

Para recibir ediciones impresas gratis de la publicación de la Parte B, o correo electrónico, usted debe registrarse completando este formulario. Para recibir ediciones futuras de la publicación de la Parte B en papel, **su formulario tiene que ser enviado por fax al 1-904-361-0723 antes del 31 de mayo de 2011**. Los proveedores que actualmente están recibiendo estas publicaciones tienen que renovar la suscripción usando este formulario. Los proveedores que no renueven la suscripción a más tardar el 31 de mayo, no recibirán más versiones en copia impresa después de la edición de septiembre de 2011. El ciclo anual de la publicación empieza el 1 de octubre y termina el 30 de septiembre.

Si a usted se le pasa la oportunidad de registrarse antes de la fecha de cierre, puede recibir copias impresas a través de una suscripción. El coste anual por una suscripción en copia impresa es \$33.

Por favor note que usted no está obligado a completar este formulario para tener acceso a la información editada en las publicaciones de la Parte B. Ediciones pasadas son disponibles gratis hasta 1997 en el sitio Web para proveedores de FCSO <http://medicareespanol.fcso.com/Landing/142813.asp>.

Nombre del proveedor/centro de salud:

Identificador nacional del proveedor (NPI) de Medicare:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Persona de contacto/título:

Número telefónico:

Número de fax:

Correo electrónico:

Justificación para necesitar ediciones en copia de papel:

¿Tiene su oficina acceso a Internet?

SÍ NO

¿Podría aceptar publicaciones a través de su correo electrónico?

SÍ NO

¿Tiene otras barreras técnicas o razones para necesitar las publicaciones en copia impresa?:

Tipo de inscripción:

NUEVA RENOVACIÓN

Preferencia de Idioma:

INGLÉS ESPAÑOL

Nota: Los proveedores que califiquen recibirán una copia de cada publicación mensualmente.

Envíe por fax su formulario completado a:

Medicare Publications
1-904-361-0723

Por favor comparta con nosotros sus preguntas y/o preocupaciones relacionadas con esta iniciativa aquí abajo.

Preguntas adicionales pueden ser enviadas a través del sitio Web para la educación al proveedor de Medicare al <http://medicareespanol.fcso.com/comentarios/index.asp>. También puede enviar por fax sus preguntas o comentarios a este número 1-904-361-0723. Nuestro centro de servicio al cliente no podrán responder a preguntas acerca de este formulario. **Nuestro centro de contacto del proveedor no podrá responder preguntas sobre este formulario.**

COBERTURA Y REEMBOLSO

Clarificación de estándares nacionales de servicios de enseñanza de auto control de la diabetes

La clarificación de estándares nacionales permite a los farmacéuticos, RN y RD calificados, proveer servicios de auto control de la diabetes

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han clarificado recientemente las políticas de pago con respecto a estándares de calidad de la enseñanza a proveedores, con respecto a auto control de diabetes (DSMT). En particular, CMS ha dado instrucciones a los contratistas, acerca de las diferencias entre entidades que siguen los estándares de calidad de CMS y aquellas que siguen los estándares nacionales del programa National Standards for Diabetes Self-Management Training Program.

- Estándares de calidad CMS – Proveedores de DSMT que siguen estándares de calidad CMS, requieren generalmente un método de equipo multidisciplinario para proveer servicios de DSMT (aunque hay una excepción a este requisito que permite que un dietista registrado y que es también educador de diabetes, proveer servicios individuales de DSMT en áreas rurales). Además, CMS ha notado que un dietista podría no ser el único proveedor de servicios DSMT. CMS ha dado instrucciones a los contratistas en sentido de que esta excepción y la nota especial corresponde solamente a aquellas entidades que siguen los estándares de calidad CMS.
- Estándares nacionales de calidad – los estándares nacionales ya no requieren un método de equipo multidisciplinario, aunque estos estándares de calidad señalan que los servicios DSMT son más efectivos cuando son provistos por equipos multidisciplinarios consistentes en un dietista registrado (RD), una enfermera registrada (RN) y un farmacéutico, como los instructores primarios clave para educadores de diabetes que asisten a recibir estos servicios. Actualmente los estándares nacionales exigen que por lo menos uno de los miembros del equipo (si no hay equipo, entonces la persona que dicta el curso) debe ser RD, RN o

farmacéutico. Los estándares nacionales estiman que todos los instructores en el equipo de diabetes, estén certificados como educadores de diabetes o tengan estudios y experiencia reciente en manejo y educación sobre diabetes. Sin embargo, la revisión y aprobación de credenciales de instructores de programas DSMT es facultad de solamente las organizaciones acreditadoras (señaladas más abajo).

Hasta que sea revisado el *Medicare Benefit Policy Manual*, se mantienen las instrucciones a los contratistas de reconocer los servicios DSMT que pudieran haber sido provistos individualmente por un RD, RN o farmacéutico, cuando esos servicios son facturados por, o a nombre de una entidad de DSMT acreditada como cumplidora de los estándares nacionales, ya sea por American Diabetes Association, Indian Health Service o American Association of Diabetes Educators, todas ellas aprobadas por CMS como organizaciones acreditadoras que utilizan estándares nacionales para programas DSMT. Esta clarificación no afecta a aquellos que califican como “proveedores certificados” para facturar servicios DSMT, toda vez que, pagos por servicios DSMT pueden ser hechos solamente a médicos, personas individuales u otros proveedores que facturan a Medicare por otros servicios por los que pagos directos de Medicare pueden ser efectuados por CMS.

Cuando siguen los estándares nacionales, RD pueden presentar reclamaciones para ser pagadas directamente por servicios DSMT, cuando corresponda, porque RD están facultados para facturar y recibir pagos por otros servicios de Medicare. Sin embargo, toda vez que los farmacéuticos y RN no pueden facturar y recibir pago directamente de CMS por este tipo de servicios, el servicio DSMT que proveen a los beneficiarios de Medicare son facturados a su nombre por otros proveedores certificados.

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

Fuente: CMS PERL 201002-48

Pruebas para la infección del virus de inmunodeficiencia humana

Número de *MLN Matters*: MM6786 — Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6786
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de febrero de 2010
 Fecha de efectividad: 8 de diciembre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R2163CP y R131NCD
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Se necesita evidencia adecuada para concluir que la prueba de detección para la infección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) es razonable y necesaria para la detección temprana del HIV y es apropiada para las personas que tienen beneficios de Medicare inscritos bajo Parte A o Parte B.

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 8 de diciembre de 2009 en adelante, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) cubrirán ambos estándares y las pruebas de detección rápidas aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) para los beneficiarios de Medicare. Este artículo provee los requisitos de facturación y clínicos para las pruebas de detección de HIV para los beneficiarios de Medicare hombre y mujer, incluyendo beneficiarios de Medicare embarazadas.

Tenga en cuenta que las reclamaciones de pruebas de detección de HIV con fechas de servicio del 8 de diciembre de 2009 en adelante, hasta el 6 de julio de 2010, y procesadas antes de la implementación del CR 6786, Medicare no ajustará automáticamente las reclamaciones de pruebas de detección de HIV con fechas de servicio del 8 de diciembre de 2009 en adelante, hasta el 6 de julio de 2010. Sin embargo, el contratista de Medicare ajustará las reclamaciones traídas a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6786.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6786, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2163.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2163, CR 6786

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

Expansión de los servicios telehealth de Medicare para 2011

Número de *MLN Matters*: MM7049 — Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7049
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2168CP y R140BP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011 (para los Carriers que facturan o los MAC A/B); 4 de abril de 2011 (para los Intermediarios Fiscales que facturan o los MAC A/B)

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido la petición de cambio 7049 para notificar a los proveedores que han sido agregados 14 códigos a la lista de servicios telehealth de Medicare para los servicios siguientes:

- Servicios de educación individual y en grupos sobre enfermedades renales (KDE)

- Servicios de educación individual y en grupos sobre auto-control de la diabetes (DSMT)
- Servicios en grupo de terapia médica de nutrición (MNT)
- Servicios en grupo de evaluación e intervención de salud y comportamiento (HBAI), y
- Servicios de cuidados post-hospitalización y establecimientos de cuidados de enfermería.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7049.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7049, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2168CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2168, CR 7049

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.

MRI con marcapaso permanente implantado o desfibrilador cardioversor implantable

Número de *MLN Matters*: MM7296

Número de petición de cambio relacionado: 7296

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

Fecha de efectividad: 24 de febrero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R132NCD y R2171CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Los pagos por exámenes de imagen de resonancia magnética (MRI) no tienen actualmente cobertura de Medicare si están presentes algunas contraindicaciones. Estas incluyen marcapasos cardíacos permanentes (PM). En junio de 2010, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recibieron una solicitud externa de eliminar las contraindicaciones de MRI para pacientes con PM implantado en forma permanente, así como dar cobertura Medicare a pacientes con un cardioverter defibrillator (desfibrilador cardioversor, ICD) implantable que tienen su MRI en instalaciones clínicas.

Como resultado de esta revisión de CMS, la orden de cambio 7296 permite una excepción en la cobertura a pacientes participantes en estudios clínicos aprobados por CMS, pero en otras circunstancias mantiene las contraindicaciones.

A partir de las reclamaciones con fecha de servicio del 24 de febrero en adelante, están autorizados los MRI con PM o ICD implantados, si el beneficiario está participando en un estudio clínico aprobado por CMS con el propósito de obtener más evidencias acerca de la utilidad y seguridad de la exposición a MRI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7296.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7296, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R132NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 132, CR 7296

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

Clarificación — limitaciones al tratamiento de salud mental de paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM7307 — Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7307

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de febrero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de marzo de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2166CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2011

Resumen

Por medio de la orden de cambio (CR) 7307, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están modificando una frase en la Sección 210.1 D del *Medicare Claims Processing Manual*, para clarificar su política con respecto a la aplicación de limitaciones del tratamiento de salud mental de paciente ambulatorio a códigos de diagnóstico ICD-9, para desórdenes relacionados con Alzheimer. Esta frase fue cambiada inadvertidamente en una actualización anterior del manual.

La frase enmendada dice que desórdenes relacionados con Alzheimer son identificados por los contratistas de Medicare bajo códigos ICD-9 que están dentro o fuera del rango 290-319 (290.XX u otros, como determine apropiado su contratista de Medicare).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7307.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7307, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2166.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2166, CR 7307

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.

AMBULANCIA

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

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

Resumen

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

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

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.

electrónico 5010 837P a partir del 1 de enero de 2011, deben cumplir con el requisito diagnóstico

- Información de destino de los viajes de ambulancia tripulados serán requeridos en el formato electrónico de reclamación 5010 837P

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7018, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2124CP.pdf>.

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

Fracciones de milla presentadas en reclamaciones de servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: MM7065
 Número de petición de cambio relacionado: 7065
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de noviembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2103CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Actualmente se exige a los proveedores y suplidores de servicios de ambulancia utilizar, para determinar la distancia recorrida en millas y el pago correspondiente, el código apropiado del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para reportar el número de millas viajadas durante un viaje reembolsable por Medicare. Adicionalmente se les requiere redondear el total de millas al entero más próximo (aún en el caso que el viaje total haya sido menor a una milla).

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han establecido un nuevo procedimiento, que entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2011, para reportar fracciones de milla en reclamaciones de servicios de ambulancia, de manera tal de mejorar la exactitud del pago. La reglamentación final exige que a partir del 1 de enero de 2011, todos los proveedores y suplidores de servicios de ambulancia de Medicare facturen con exactitud de un décimo de milla cuando el recorrido total sea inferior a 100 millas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7065.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7065, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2103CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2103, CR 7065

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

FACTURACIÓN

Corrección a la tabla de servicios preventivos para los códigos CPT 90471 y 90472

Tenga en cuenta que una corrección ha sido emitida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) a la tabla de servicios preventivos (vía la petición de cambio (CR) 7012), específicamente a los códigos *Current Procedural Terminology (CPT) 90471 y 90472*. Comenzando el viernes, 1 de abril, para los servicios que fueron prestados a partir del sábado, 1 de enero de 2011, cuando los proveedores estaban prestando vacunas de hepatitis B en ambientes de centros ambulatorios, deben reportar el código HCPCS G0010 (administration of hepatitis B vaccine) en vez del código *CPT 90471 o 90472*. Esto es para asegurar que las dispensas de costo compartido son correctamente aplicadas a la administración de vacunas. Desde el viernes, 1 de abril, la petición de cambio (CR) 7112 ya no reconocerá los códigos *CPT 90471 y 90472* para las dispensas de costo compartido que apliquen en las reclamaciones presentadas para los servicios preventivos.

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

Fuente: CMS PERL 201003-18

No hay fecha establecida para correcciones de reclamaciones de proveedores que ordenan/refieren

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han encontrado un descuido editorial en Office of Inspector General (OIG) Compendium of Unimplemented Recommendations (compendio de recomendaciones no implementadas de la Oficina del Inspector General (edición de marzo de 2011)). El reporte de OIG establece que CMS postergará la implementación de la fase 2 de la orden de cambio (CR) 6417 y CR 6421 hasta el 5 de julio de 2011. Esto es incorrecto.

CMS no ha determinado todavía cuando comenzarán a aplicar las correcciones a las reclamaciones de proveedores que ordenan/refieren que no están registrados en Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS). Como se ha establecido previamente, CMS dará a los proveedores, amplia notificación antes que sean llevadas a efecto las correcciones a las reclamaciones de proveedores que ordenan refieren. Revisiones recientes a las CR 6417 y 6421 requieren que los contratistas administrativos de Medicare (MAC) posterguen el rechazo de estas reclamaciones hasta que reciban futuras instrucciones de CMS.

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

Fuente: CMS PERL 201003-43

Están disponibles los archivos de precio promedio de venta de abril 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado los archivos de precio promedio de venta revisados para abril de 2011 y actualizado los archivos de trimestres anteriores. Todos ellos están disponibles para ser descargados en: <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (vea el menú de la izquierda por enlaces de un año específico).

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

Fuente: CMS PERL 201003-46

Reportando la recuperación del sobrepago en la remesa de pago

Número de *MLN Matters*: MM6870 — Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6870
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R866OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010, excepto el 3 de octubre de 2011, para las reclamaciones procesadas por el sistema FISS usadas por los FI y los MAC A/B

Resumen

Este artículo detalla como los mantenedores del sistema de Medicare deben reportar la recuperación cuando existe una diferencia de tiempo entre la creación y la colección de la recuperación.

La petición de cambio 6870 instruye que los mantenedores del sistema de Medicare como reportar en la remesa de pago (RA) cuando:

- Un sobrepago es identificado, y
- Medicare actualmente recupera el sobrepago.

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

La solicitud del reembolso es enviada al deudor en forma de una carta de demanda de sobrepago, y la carta de demanda incluye un número de control interno (ICN) o número de control de documento (DCN) para propósitos de rastreo que también es reportado en el RA para enlazar de regreso a la carta de demanda.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6870.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6870, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R866OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 866, CR 6870

Dispensa de pago de coseguro y deducible en servicios preventivos

Número de *MLN Matters*: MM7012 — Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7012
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R864OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El Affordable Care Act (ACA) exceptúa el pago de deducible y coseguro/copago del examen físico preventivo inicial (IPPE) y la visita anual de bienestar (AWV). Los cambios estarán vigentes en todos los establecimientos en que son provistos estos servicios.

La petición de cambio (CR) 7012 provee una tabla que contiene una lista completa de los códigos de procedimiento que han sido definidos como servicio preventivo de Medicare y también identifica los códigos de IPPE y AWV.

El ACA también desestima el pago de deducible en pruebas planeadas de detección de cáncer colorrectal que se convierten en diagnóstico.

Nota: El CR 7012 se aplica a todo servicios preventivo, IPPE y AWV provisto por todo proveedor o suplidor que sea elegible para facturar y sus servicios pagado por Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7012.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7012, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R864OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 864, CR 7012

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.

Consulta de bienestar anual incluyendo plan de servicios preventivos personalizado

Número de *MLN Matters*: MM7079 — Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7079
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R138BP y R2159CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

La cobertura expandida está sujeta, entre otras, a algunas limitaciones de elegibilidad en cuanto al pago de consulta de bienestar anual (AWV), incluyendo plan preventivo personalizado (PPPS), para una persona que ya no se encuentra dentro de los 12 meses después de la fecha de su primer período de cobertura de Parte B de Medicare y no ha recibido ya sea un examen físico preventivo inicial (IPPE) o un AWV dentro de los últimos 12 meses. No hay coseguro de Medicare ni deducible de Parte B para AWV.

A partir del 1 de enero de 2011, los contratistas de Medicare pagarán reclamaciones que, provisto que se cumplen todos los requisitos de cobertura y elegibilidad, contengan los códigos siguientes:

- G0438 — consulta de bienestar anual, incluye plan preventivo personalizado (PPPS), primera visita
- G0439 — consulta de bienestar anual, incluye plan preventivo personalizado (PPPS), visitas subsiguientes

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7079.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7079, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R138BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 138, CR 7079

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

Actualización de códigos de categoría de estatus y estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM7348
 Número de petición de cambio relacionado: 7348
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2177CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Este artículo, basado en la orden de cambio (CR) 7348, explica que los códigos de estatus de reclamación y de categoría de estatus para uso de los contratistas de Medicare con el pedido de estatus de reclamaciones de salud y respuesta ASC X12N 276/277 serán actualizados en junio de 2011 durante la reunión del comité nacional de mantenimiento de códigos. Los cambios de código aprobados durante esa reunión, serán puestos en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/> alrededor del 1 de julio de 2011. Los detalles específicos estarán en la lista de códigos, incluyendo la fecha en que un código fue agregado, cambiado o suprimido. Los contratistas de Medicare implementarán estos cambios el 5 de Julio de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7348.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7348, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2177CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2177, CR 7348

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 anual de 2011 de la lista de códigos de terapia

Número de *MLN Matters*: MM7364
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2175CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la orden de cambio (CR) 7364, que actualiza la lista de códigos de terapia para (CY) 2011, agregando el código *Current Procedural Terminology (CPT) 95992 (Standard Canalith repositioning procedure(s) (e.g., Epley maneuver, Semont maneuver), per day)* a la lista de “Sometimes Therapy (terapias ocasionales)”.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7364.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7364, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R595OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2175CP, CR 7364

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.

Pruebas de medicamentos de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1105
 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

Este artículo describe cómo los laboratorios de diagnóstico clínico deben facturar para ciertos tipos de pruebas que están cubiertas bajo Medicare y pagadas basado en la tarifa fija de laboratorio clínico (CLFS). Específicamente, el artículo trata la facturación de dos códigos de prueba CLFS Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) — G0431 y G0434.

Efectivo el 1 de enero de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) utilizará dos códigos de prueba para reportar pruebas de medicamentos:

- G0431 (drug screen, qualitative; multiple drug classes by high complexity test method (e.g., immunoassay, enzyme assay), per patient encounter) será usado para reportar métodos de prueba más complejos, tales como analizadores de química multicanal, donde un dispositivo instrumentado más complejo es requerido para realizar algunas o todas las pruebas para el paciente. Tenga en cuenta que el descriptor ha sido revisado para el año calendario (CY) 2011. Este código puede ser reportado solamente si la prueba(s) de medicamento es clasificado como pruebas de gran complejidad Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) con las siguientes restricciones:
 - G0431 puede ser reportado solamente cuando las pruebas son realizadas utilizando sistemas instrumentados (i.e., sistemas durables que soportan el uso repetido).

- Las pruebas dispensadas CLIA y las pruebas no dispensadas comparables no pueden ser reportadas bajo el código de prueba G0431; estos deben ser reportados bajo el código de prueba G0434.
- Las pruebas de complejidad moderada CLIA deben ser reportadas bajo el código de prueba G0434 con una (1) Unidad de Servicio (UOS).
- G0431 puede ser reportado solamente una vez por encuentro del paciente.
- Los laboratorios que facturan G0431 no deben adjuntar el modificador QW a las líneas de reclamación.
- G0434 (drug screen, other than chromatographic; any number of drug classes, by CLIA waived test or moderate complexity test, per patient encounter) serán usadas para reportar métodos de prueba muy simples, tales como varillas, tazas, casetes, y cartas, que son interpretados visualmente, con la asistencia de un escáner, o son leídos utilizando un dispositivo lector moderadamente complejo fuera del ambiente de laboratorio instrumentado (i.e., dispositivos no instrumentados). Este código también es usado para reportar cualquier otro tipo de pruebas de medicamento utilizando prueba(s) que son clasificadas como prueba(s) CLIA de complejidad moderada, manteniendo los siguientes puntos en mente:
 - G0434 incluye pruebas de medicamentos cualitativas que son dispensados bajo CLIA como también varillas, tazas, cartas, casetes, etc, que no son dispensados por CLIA.
 - Los laboratorios con un certificado CLIA de dispensa pueden realizar solamente estas pruebas autorizadas por la Food and Drug Administration

Pruebas de medicamentos de Medicare (continuación)

(FDA) como pruebas dispensadas. Los laboratorios con un certificado CLIA de dispensa facturarán utilizando el modificador QW.

- Los laboratorios con un certificado CLIA de conformidad o acreditación pueden realizar pruebas no dispensadas. Los laboratorios con un certificado CLIA de conformidad o acreditación no adjuntarán el modificador QW a las líneas de reclamación.
- Solamente la unidad de servicio para el código G0434 puede ser facturado por encuentro del paciente sin importar el número de clases de medicamentos probados e independientemente del uso o presencia del modificador QW en las líneas de reclamación.

CMS también ha realizado cambios a las siguientes pruebas relacionadas:

- G0430 fue eliminado a partir del 1 de enero de 2011;
- Código 80100 no ha sido valorado bajo Medicare efectivo el 1 de enero de 2011; y
- Código 80104 no ha sido valorado bajo Medicare efectivo el 1 de enero de 2011.

También, recuerden que el código 80101 no ha sido valorado bajo Medicare desde el 1 de julio de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1105.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1105

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

HIPAA

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

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

Recordatorios importantes de implementación

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

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

Recordatorio: *Contact your MAC for their testing schedule*

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

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

Evaluación de preparación: *Do you know the implications of not being ready?* (Nuevo)

Calendario de implementación

Eventos actuales

Marzo de 2011

1 de marzo: **Nueva evaluación de preparación** — Do you know the implications of not being ready?

30 de marzo: 5010 National Call — Provider Testing and Readiness — usted debe inscribirse en esta conferencia para recibir más información. Utilice este enlace para detalles e información de inscripción. El plazo para inscribirse finaliza el 29 de marzo a las 2:00 p.m. ET, o cuando se haya llenado el cupo. No habrá excepciones, de manera que asegúrese de inscribirse a tiempo.

Próximos eventos

Abril de 2011

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

Mayo de 2011

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

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

HIPAA 5010 & D.0 - calendario (continuación)

Junio de 2011

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

Julio de 2011

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

Agosto de 2011

31 de agosto: 5010 teleconferencia nacional — panel de MAC

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

Octubre de 2011

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

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

Diciembre de 2011

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

Eventos pasados

Junio de 2010

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

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

Julio de 2010

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

Agosto de 2010

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

Septiembre de 2010

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

Octubre de 2010

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

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

Noviembre de 2010

4 de noviembre: *Version 5010 resource card published*

8 de noviembre: *WEDI 2010 fall conference**

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

Diciembre de 2010

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

Enero de 2011

1 de enero: Comienzo del año de transición

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

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

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

Febrero de 2011

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

Información de teleconferencias nacionales más antiguas, en *55010 National Calls section of CMS' versions 5010 & D.0. Web page*

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

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

Fuente: CMS PERL 201003-15

Recordatorios importantes sobre la implementación de HIPAA 5010 & D.0

Número de *MLN Matters*: SE1106
 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

Medicare exige el uso de reclamaciones electrónicas (excepto para ciertas excepciones fuera de la norma) para que los proveedores reciban el pago de Medicare. Efectivo el 1 de enero de 2012, los proveedores deben estar listos para presentar reclamaciones electrónicamente utilizando los estándares Accredited Standards Committee (ASC) X12 versión 5010 and National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) versión D.0. Estos estándares son nacionales y aplican a sus transacciones con todos los pagadores, no solamente con las tarifa por servicio (FFS) de Medicare.

A la hora de prepararse para la implementación de estos nuevos estándares ASC X12 y NCPDP, los proveedores también deben considerar los requisitos para implementar el conjunto de código ICD-10 también. Se le exhorta a prepararse para la implementación de estos estándares o hablar con su vendedor de facturación, vendedor de software, o casa de facturación para enterarse sobre sus planes de preparación para estos estándares.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1106.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1106

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.

PROGRAMAS DE INCENTIVO

Actualización sobre tecnología de información de la salud y el programa de incentivo EHR

Actualización sobre tecnología de información de la salud: ONC explica cómo el 2011 marca la era del uso significativo

La última carta pública del Dr. David Blumenthal, National Coordinator for Health Information Technology, reconoce el 2011 como el año que el cuidado médico entró en una nueva era — la era del uso significativo de la información de la salud. La carta resalta los programas que el Office of National Coordinator (ONC) ha implementado para construir una infraestructura para sustentar el uso significativo, y también examina el rol de uso significativo como una visión de cómo la información puede ser usada en formas innovadoras para revolucionar el trabajo de los profesionales de la salud y las instituciones del cuidado de la salud.

Visite el sitio Web de ONC (en <http://HealthIT.HHS.gov/portal/server.pt?open=512&mode=2&objID=3541>) para leer la carta y saber más sobre la era del uso significativo.

Fuerte interés en los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid

En un comunicado de prensa temprano esta semana, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron que ha habido un fuerte interés en la inscripción

temprana para los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid.

En enero, más de 21,000 proveedores iniciaron la inscripción para los programas, y cuatro estados comenzaron a emitir pagos de incentivos de Medicaid, totalizando \$20,425,550. En particular, el comunicado de prensa resaltó los siguientes éxitos:

- El “Office of the National Coordinator for Health Information Technology” anunció que comenzando el viernes, 11 de febrero, más de 45,000 proveedores solicitaron información o ayuda para la inscripción de los 62 centros de extensión regional.
- El miércoles, 5 de enero, Kentucky realizó un pago inicial de \$2.86-millones a un hospital de enseñanza, University of Kentucky Healthcare. En el mismo día, Kentucky desembolsó un pago de incentivo de \$1.3-millones al Central Baptist Hospital, y Oklahoma emitió pagos de incentivos a dos médicos en Gastorf Family Clinic en Durant, Oklahoma, totalizando \$42,500 (\$21,250 cada uno), por haber adoptado los EHR certificados.
- El miércoles, 12 de enero, Louisiana anunció un pago de \$63,750 a Winn Community Health Center, el primer centro de salud calificado federalmente en la nación

Actualización sobre tecnología de información (continuación)

para recibir un pago de incentivo. El pago de incentivo consistió de \$21,250 para cada uno de los tres profesionales elegibles en la clínica.

- Durante la semana del lunes, 17 de enero, Iowa emitió sus primeros pagos de incentivo EHR de Medicaid en la cantidad de \$21,250 cada uno de los profesionales elegibles.

El Administrador de CMS, Donald Berwick, M.D., dijo, “Este fuerte interés temprano en los programas de incentivo de EHR de Medicare y Medicaid entre proveedores y los programas de Medicaid de estado es muy bienvenido y fomentado. Exhortamos la adopción temprana, y estamos viendo los números de inscripción que continúan una trayectoria hacia arriba. Los comentarios valiosos que hemos visto en las primeras semanas del programa nos ayudan a canalizar nuestra lista de preguntas frecuentes y otros recursos para incrementar el entendimiento de los proveedores de los programas de incentivo y ayudarlos a inscribirlos”.

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR? Visite el [sitio Web de los programas de incentivo EHR](#) para las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo EHR, y únase al [CMS EHR Listserv](#) para mantenerse actualizado.

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

Fuente: CMS PERL 201002-47

Actualización de datos de elegibilidad en los sitios Web de los contratistas para pagos de incentivo de cuidado primario

Los profesionales de la salud que deseen confirmar su elegibilidad para pago de incentivo de cuidados primarios (PCIP) el año 2011, podrán ahora referirse al archivo de datos actualizado de CMS “Primary Care Incentive Payment eligibility”, que está disponible en el sitio Web de los contratistas. Para consultas adicionales sobre elegibilidad de profesionales de la salud, éstos deberán llamar a los centros de contacto de los contratistas que procesan las reclamaciones de Medicare.

Nota: Haga clic en el enlace correspondiente a continuación, para obtener el archivo de elegibilidad PCIP que contiene una lista de proveedores NPI a quienes se les podría pagar incentivo de cuidados primarios.

<http://medicareespanol.fcso.com/PCIP/190102.zip> (Parte A)

<http://medicareespanol.fcso.com/PCIP/190103.zip> (Parte B)

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

Fuente: CMS PERL 201003-19

Nuevas preguntas frecuentes puestas en línea sobre el programa de incentivos EHR

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean ayudarle a encontrar las respuestas que usted necesita acerca del programa de incentivos de registros médicos electrónicos (EHR). Tome unos minutos y revise las nuevas preguntas frecuentes (FAQ) acerca de tópicos que incluyen elegibilidad, registro, uso significativo y testimonio que han sido puestos en la sección FAQ del sitio Web del programa de incentivos EHR.

Algunas de las FAQ son:

1. ¿Cuál es la definición de “costo razonable” de hospitales de urgencia (CAH) según el programa de incentivos EHR de Medicare and Medicaid?

El costo razonable por el que un CAH podría recibir un pago de incentivo EHR es el costo de compra razonable de tecnología de EHR certificada a la que de otra manera podría corresponder depreciación de compra (excluyendo intereses). Vea la respuesta completa:.

2. ¿Cómo se determina el estatus en-base-a-hospital de los profesionales elegibles (EP) en el programa de incentivos EHR de Medicare and Medicaid?

Se define como profesional elegible (EP) al que dedica el 90 por ciento o más del tiempo en que presta servicios profesionales en el departamento de hospitalizados (lugar de servicios 21) o en el departamento de emergencias (lugar de servicios 23) de un hospital. Vea la respuesta completa:.

3. Para establecimientos grandes, ¿habrá algún método para registrar todos los EP de una sola vez para el programa de incentivos HER de Medicare o Medicaid? ¿Pueden los EP autorizar a otra persona para que se registre o preste testimonio por ellos?

En este momento no existe un método para que un tercero registre múltiples EP para el programa de incentivo EHR de Medicare y Medicaid. Vea la respuesta completa:

Recordatorio: Implementación de transacciones ... (continuación)

FAQ destacadas: Preguntas de inscripción

Para ayudar a asegurarse de que su proceso de inscripción va sin obstáculo y para facilitar referencias, damos a continuación respuesta a los dos preguntas de inscripción más frecuentes encontradas en nuestras FAQ del sitio Web de CMS.

1. **¿Cómo pueden postular al programa de incentivos EHR de Medicare y Medicaid los EP y hospitales elegibles?**

La inscripción para el programa de incentivos EHR de Medicare y Medicaid comenzó el 3 de enero de 2011. Sin embargo, el programa de incentivos de Medicaid va rotando estado-por-estado. En el sitio Web de CMS puede encontrarse el calendario planeado por estado del programa de incentivos de Medicaid.

2. **Si un hospital cumple los requisitos para participar en ambos, Medicare y Medicaid, programas de incentivo EHR, ¿Cómo debe inscribirse?**

Un hospital es elegible tanto para el programa de incentivos EHR de Medicare como de Medicaid, si cumple con todos los requisitos siguientes:

- Es una subsección de hospital en uno de los 50 estados de los EE.UU. o en el distrito de Columbia, o es un hospital de urgencia (CAH);
- Tiene un número de certificación CMS terminado en 0001-0879 o 1300-1399; y
- Tiene el 10 por ciento del volumen de pacientes derivado de atenciones de Medicaid.

Todo hospital que cumpla estos tres requisitos debe inscribirse para “Both (ambos) Medicare & Medicaid” para los programas de incentivo.

¿Desea obtener más información acerca del programa de incentivos EHR? ¡Manténgase al día! Haga clic aquí para integrarse al Listserv del programa de incentivos EHR de CMS. Asegúrese de visitar el sitio Web del programa de incentivos EHR de CMS para las últimas noticias y actualizaciones del programa de incentivos EHR.

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

Fuente: CMS PERL 201003-44

INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR

Implementación de categorías de revisión en base a riesgos, de inscripción de proveedores/suplidores

El objetivo constante de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) es reducir el fraude, desperdicio y abuso por todos los conductos disponibles. El Affordable Care Act exige a CMS determinar el nivel de revisión de antecedentes en las solicitudes de inscripción de proveedores y suplidores, en base al nivel de riesgo que presenten al sistema Medicare. Con la promulgación del Affordable Care Act, CMS ha aumentado la capacidad de concentrar los esfuerzos en prevención, en lugar de simplemente actuar después de los hechos. La utilización de categorías de riesgo y niveles de revisión asociados contribuye a asegurar que solamente proveedores y suplidores legítimos estén inscritos en Medicare, Medicaid y Children’s Health Insurance Program (programa de seguro médico infantil, CHIP) y que se paguen solamente reclamaciones legítimas.

A partir del 25 de marzo de 2011, los proveedores y suplidores nuevos o en proceso de revalidación, serán catalogados en una de tres categorías — limitada, moderada o alta. Estas categorías representan el nivel de riesgo de fraude, desperdicio o abuso del programa Medicare, por parte de la categoría particular de proveedor/suplidor y determina el grado de revisión que debe hacer el contratista administrativo de Medicare (MAC) al procesar la solicitud de inscripción.

Proveedores/suplidores en la categoría de revisión de riesgo “limitada” incluyen:

- Médicos
- Otros profesionales de la salud a exclusión de fisioterapeutas
- Clínicas o asociaciones médicas
- Centros de cirugía ambulatoria
- Vendedores dentro del programa de adquisición competitiva / Parte B
- Establecimientos de enfermedad renal terminal
- Centros de salud federalmente calificados

Implementación de categorías de revisión ... (continuación)

- Laboratorios de histocompatibilidad
- Hospitales (incluyendo hospitales de urgencia, hospitales del Department of Veterans Affairs y otros hospitales pertenecientes al gobierno federal)
- Programas de salud operados por el Indian Health Program (tal como se define en la Sección 4(12) de la Indian Health Care Improvement Act) o una organización indígena (tal como se define en la Sección 4(29) de la Indian Health Care Improvement Act) que reciben fondos del Indian Health Service de acuerdo al Título V de la Indian Health Care Improvement Act
- Centros de exámenes de mamografía
- Facturadores de listas de inmunización masiva
- Organizaciones proveedoras de órganos
- Farmacias que se inscriben por primera vez o revalidando su inscripción por medio de la solicitud CMS-855B
- Centros de radioterapia
- Instituciones religiosas de cuidados de la salud no-médicos
- Clínicas de salud rurales
- Centros de enfermería especializada

Proveedores/suplidores en la categoría de revisión de riesgo “moderada” incluyen:

- Proveedores de servicios de ambulancia
- Centros comunitarios de salud mental (CMHC)
- Establecimientos de rehabilitación total de paciente ambulatorio (CORF)
- Organizaciones de servicios paliativos
- Laboratorios clínicos independientes
- Establecimientos independientes de exámenes de diagnóstico (IDTF)
- Fisioterapeutas inscribiéndose individualmente o asociados
- Suplidores de rayos X portátiles (PXRS)
- Agencias de casas de salud revalidándose (HHA)
- Suplidores de equipo médico durable, prósticos y ortóticos (DMEPOS) revalidándose

Proveedores/suplidores en la categoría de revisión de riesgo “alta” incluyen:

- Suplidores DMEPOS inscribiéndose por primera vez
- HHA inscribiéndose por primera vez
- Proveedores y suplidores provenientes de las categorías de riesgo “limitada” o “moderada” debido a eventos causales. Eventos causales incluyen las instancias siguientes:
 - Imposición de una suspensión de pago dentro de los últimos 10 años;
 - El proveedor o suplidor ha sido dado eliminado de

Medicaid o tiene prohibición de facturar;

- Exclusión determinada por la Office of the Inspector General (OIG);
- El proveedor o suplidor ha sido privado dentro de los últimos 10 años, de sus privilegios de facturar por determinación de un contratista de Medicare y ese proveedor/suplidor está intentando establecer privilegios adicionales de facturación a Medicare inscribiéndose como Nuevo proveedor o suplidor o estableciendo privilegios de facturación utilizando una nueva dirección;
- El proveedor o suplidor ha sido excluido de un programa federal de cuidados de la salud;
- El proveedor o suplidor ha sido objeto dentro de los últimos 10 años, de una acción final adversa (tal como está definido en 42 CFR 424.502); o
- Instancias en las cuales CMS levanta un moratorium temporal a un determinado tipo de proveedor o suplidor y un proveedor o suplidor que no podía inscribirse debido al moratorium, solicita inscribirse como proveedor o suplidor de Medicare, dentro de los seis meses a partir de la fecha en que fue levantado dicho moratorium.

Los procedimientos de revisiones de inscripción variarán de acuerdo a las categorías descritas más arriba. Los procedimientos de revisión para la categoría “limitada” serán en gran medida los mismos que se utilizan actualmente; los procedimientos de revisión para la categoría “moderada” incluirán todas los escrutinios actuales, tal como una visita en el lugar; los procedimientos de revisión para la categoría “alta” incluirán todas los escrutinios actuales, tal como una visita en el lugar y en una fecha posterior un examen de antecedentes basado en huellas digitales.

CMS permanecerá evaluando continuamente la necesidad de cambiar la asignación de categoría de riesgo a los proveedores y suplidores. Si CMS asigna ciertos grupos de proveedores y/o suplidores a una categoría diferente, este cambio será propuesto en el *Federal Register*. Sin embargo, CMS no publicará en el *Federal Register* una notificación o una reglamentación propuesta en la cual se incluiría instancias en las que un proveedor/suplidor individual sea reasignado en base a reunir uno o más de los elementos de causalidad.

Para más información refiérase a la reglamentación publicada en el *Federal Register*, en <http://www.GPO.gov/fdsys/pkg/FR-2011-02-02/pdf/2011-1686.pdf>. Y para clarificación adicional, esté atento a un artículo oficial de *MLN Matters* sobre el tema, que será publicado en un futuro próximo.

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

Fuente: CMS PERL 201003-09

Implementación de tarifas de solicitudes de inscripción de proveedores/ suplidores de Medicare

A partir del 25 de marzo de 2011, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) comenzarán a cobrar tarifas por algunas solicitudes determinadas de inscripción, a ciertos proveedores (tanto solicitudes en papel como en línea) tal como se describe más abajo. El costo de la solicitud es actualmente de \$505 dólares para el año 2011; sin embargo, este costo puede variar de un año a otro, en base a los ajustes hechos conforme al Consumer Price Index for Urban Areas (índice de precios al consumidor en áreas urbanas, CPI-U).

Note que este cobro **no corresponde a médicos u otros profesionales de la salud, en forma individual o asociados con otros profesionales**. Todos los proveedores y suplidores institucionales de servicios médicos u otros, deberán pagar la tarifa de la solicitud. (“proveedor institucional” incluye cualquier proveedor o suplidor que presente una solicitud de inscripción en papel a Medicare, utilizando el CMS-855A; CMS-855B, excluyendo las organizaciones de médicos u otros profesionales de la salud; CMS-855S; o las solicitudes de inscripción por intermedio de PECOS basado en Internet).

Todos los pagos de solicitudes deben ser efectuados por cheque (en papel), hasta que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) determinen un mecanismo para presentar fondos por medios electrónicos en una fecha futura. Considere también que los MAC aceptarán solicitudes de excepción por dificultad extrema de parte de proveedores institucionales; sin embargo, la determinación de conceder estas excepciones será estudiada caso por caso. CMS y sus contratistas no podrán procesar ninguna solicitud sin que haya sido pagada y acreditada al United States Treasury (Tesorería de los EE.UU.) la tarifa correspondiente, a menos que exista una aprobación de excepción por dificultad extrema. Si no es efectuado el pago, la solicitud será rechazada o los privilegios de facturación revocados (según corresponda) a menos que sea subsecuentemente aprobada una solicitud de excepción por dificultad extrema. Si CMS ha denegado una solicitud de excepción por dificultad extrema, entonces el proveedor institucional tiene 30 días para presentar el pago de la solicitud al contratista CMS.

Para más información, refiérase a la reglamentación publicada en el *Federal Register*, en <http://www.GPO.gov/fdsys/pkg/FR-2011-02-02/pdf/2011-1686.pdf>. Y para clarificación adicional, esté atento a un artículo oficial de *MLN Matters* que será publicado sobre este tema en un futuro próximo.

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

Fuente: CMS PERL 201003-08

PECOS basado en la Internet es aún más fácil de usar

Los proveedores que utilizan el sistema Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) para ingresar y seguir la pista de su registro de inscripción de Medicare y estatus de especialidad, tienen todavía más razones para aprovechar la conveniencia de PECOS basado en la Internet. El sistema integrado a la red recibió una serie de mejoras durante el mes de enero, incluyendo:

- Un procedimiento de ingreso mejorado, incluyendo instrucciones más simples para ingresar y un procedimiento de seguimiento más claro
- Una barra para seguir la pista del proceso de solicitud, indicando el progreso obtenido a través del sistema, y
- Un nuevo módulo de estado de la solicitud en el sitio Web para verificar si las solicitudes de ingreso han sido:
 - Recibidas por MAC (contratista administrativo de Medicare)
 - Revisada por MAC
 - Devuelta solicitando información adicional, o
 - Aprobada o rechazada.

Adicionalmente, los proveedores tienen ahora 15 días para presentar los documentos firmados que se necesitan para completar el proceso de inscripción.

Para acceder a PECOS basado en la Internet, visite <https://pecos.CMS.hhs.gov/pecos/login.do>. Para aprender más acerca de inscripciones de proveedores y suplidores de Medicare, visite <http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll>. Hay hojas informativas adicionales de *Medicare Learning Network* acerca de PECOS basado en la Internet, disponible para médicos y otros profesionales de la salud, organizaciones de proveedores y suplidores y suplidores de DMEPOS.

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

Fuente: CMS PERL 201003-21

Cómo pagarán los proveedores la tarifa de solicitud de inscripción de Medicare, a partir del viernes 25 de marzo

La Sección 6401(a) del Affordable Care Act (ACA) exige a la Secretaría de Health and Human Services (HHS), imponer una tarifa de solicitud de inscripción a cada uno de los “proveedores y suplidores institucionales de servicios o artículos médicos u otros”. La tarifa será utilizada por la Secretaría de HHS para cubrir costos de esfuerzos de integridad del programa, incluyendo costos de exámenes de selección asociados con el proceso de inscripción del proveedor, incluyendo aquellos bajo Sección 1866(j) y Sección 1128J de la Social Security Act. La tarifa de la solicitud para el año 2011 es de US \$505 dólares; en base a las disposiciones de ACA esta tarifa variará todos los años en base a los ajustes de índices de precios al consumidor Consumer Price Index -- All Urban Consumers (CPI-U). La tarifa por la solicitud será impuesta a los proveedores institucionales que se están inscribiendo por primera vez, reinscribiéndose/revalidando su inscripción, o agregando una nueva localidad a sus actividades, por solicitudes de inscripción recibidas a partir del viernes 25 de marzo de 2011. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han definido “proveedor institucional” significando cualquier proveedor o suplidor que presente una solicitud impresa utilizando CMS-855A, CMS-855B (excepto organizaciones de médicos y otros profesionales de la salud), formulario CMS-855S o solicitudes de inscripción a través de PECOS basado en la Internet.

Los proveedores institucionales postulando para participar en el programa de Medicare, deben primero completar y presentar una solicitud CMS-855. Hay dos maneras de presentar una solicitud de inscripción:

1. Electrónicamente, utilizando PECOS basado en la Internet — una vez que usted haya completado y presentado su solicitud de inscripción utilizando PECOS basado en la Internet, podrá pagar de inmediato la tarifa de su solicitud a través de www.Pay.gov. Una vez en Pay.gov, digite “CMS” en el recuadro de búsqueda bajo “Find Public Forms” y haga clic en el botón “GO”. Haga clic en el enlace “CMS Medicare Application Fee”. Complete el formulario y haga el pago de acuerdo a las instrucciones. Usted obtendrá una pantalla de confirmación indicando que el pago fue realizado correctamente. Esta pantalla de confirmación constituye su recibo y deberá imprimirla para sus archivos. Es en extremo recomendable que este recibo sea enviado por correo al contratista de Medicare junto con la declaración de certificación de la solicitud de inscripción. CMS notificará al contratista de Medicare que la tarifa de la solicitud ha sido pagada. El contratista de Medicare procesará las solicitudes de inscripción del proveedor en el orden en que sean recibidas. El plazo normal de procesamiento se aplicará a su solicitud de inscripción del proveedor.
2. Completando la solicitud en papel de inscripción a Medicare (CMS-855) — una vez que usted haya completado y presentado la solicitud en por medio del formulario CMS-855, deberá de inmediato pagar la tarifa de la solicitud a través de www.Pay.gov. Una vez en Pay.gov, digite “CMS” en el recuadro de búsqueda bajo “Find Public Forms” y haga clic en el botón “GO”. Haga clic en el enlace “CMS Medicare Application Fee”. Complete el

formulario y haga el pago de acuerdo a las instrucciones. Usted obtendrá una pantalla de confirmación indicando que el pago fue realizado correctamente. Esta pantalla de confirmación constituye su recibo y deberá imprimirla para sus archivos. Es en extremo recomendable que este recibo sea enviado por correo al contratista de Medicare junto con la solicitud CMS-855 debidamente completada. CMS notificará al contratista de Medicare que ha sido pagada la tarifa de la solicitud. El contratista de Medicare procesará las solicitudes de inscripción del proveedor en el orden en que sean recibidas. El plazo normal de procesamiento se aplicará a su solicitud de inscripción del proveedor.

Pay.gov es operado por el U.S. Department of the Treasury y es una aplicación basada en la Internet que le permite hacer pagos en línea a las agencias del gobierno por medio de cheque electrónico, tarjeta de crédito o por cargo a su cuenta de corriente o de ahorros. Pay.gov acepta Visa, MasterCard, American Express y Discover. No envíe pagos de su tarifa de solicitud por correo. Pay.gov no puede aceptar pagos por correo o teléfono. Note que todas las tarifas deben ser pagadas vía Pay.gov y que no se aceptarán pagos por medio de cheque. Los usuarios no deben preocuparse por la cantidad correcta de pago; CMS ha llenado anticipadamente el campo de cantidad para el pago correcto para cada año específico. Los usuarios no podrán hacer pagos múltiples en una sola transacción y deben pagar cada solicitud por separado.

CMS ha revisado la seguridad de Pay.gov y confía en las medidas tomadas para la protección de sus usuarios. Pay.gov utiliza una clave de 128-bits SSL para proteger la información de su transacción cuando usted está en Pay.gov. Además, todos los números de cuenta son puestos en clave antes de ser almacenados en nuestra base de datos. Cuando usted ingresa su perfil, todos los números de cuenta que usted haya ingresado, aparecerán enmascarados en pantalla; cada número de de cuenta en su perfil, aparecerá como un línea de asteriscos seguida por los cuatro últimos dígitos de su número de cuenta.

Su solicitud de Medicare es procesada por el contratista de Medicare vía Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS). La tarifa de la solicitud pagada por medio de cheque electrónico, tarjeta de débito o crédito, es procesada a través de Pay.gov. Por lo tanto, si tiene problemas al pagar su tarifa de solicitud, deberá usar las herramientas de ayuda disponibles en el sitio Pay.gov para consultas específicas del proceso de pago. Otras consultas sobre políticas y procedimientos de pago, deben ser enviadas por correo electrónico a disposición del proveedor y suplidor de Medicare a Dpse_admin@cms.hhs.gov.

Para más información, refiérase a la reglamentación publicada por el *Federal Register*, en <http://www.GPO.gov/fdsys/pkg/FR-2011-02-02/pdf/2011-1686.pdf>. Y por clarificaciones adicionales, vea el artículo oficial *MLN Matters* sobre este tema, que será publicado en un futuro próximo.

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

Fuente: CMS PERL 201003-48

Implementación de las disposiciones de inscripción del proveedor en CMS-6028-FC

Número de *MLN Matters*: MM7350
 Número de petición de cambio relacionado: 7350
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R371PI
 Fecha de implementación: 25 de marzo de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado una reglamentación final con período de comentarios, titulada “Medicare, Medicaid, and Children’s Health Insurance Programs; Additional Screening Requirements, Application Fees, Temporary Enrollment Moratoria, Payment Suspensions and Compliance Plans for Providers and Suppliers” (CMS-6028-FC). Esta reglamentación fue publicada en la edición de febrero de 2011 del *Federal Register*.

Las disposiciones finales se refieren a lo siguiente:

- Establecimiento de categorías de exámenes de selección en la inscripción de proveedores
- Tarifas de solicitud como parte del proceso de inscripción del proveedor

- Suspensiones de pago en base a sospecha fundamentada de fraude, y
- Facultad de imponer una moratoria temporal a la inscripción de nuevos proveedores y suplidores de Medicare (o el establecimiento de nuevos consultorios) de un determinado tipo en ciertas áreas geográficas.

El artículo *MLN Matters* MM7350, basado en el orden de cambio 7350, describe la manera en que los contratistas de Medicare implementarán los cambios relacionados con exámenes de selección en la inscripción de proveedores, tarifas de solicitud y moratoria temporal. (Suspensiones de pago serán objeto de pautas de CMS por separado).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7350, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R371PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 371, CR 7350

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.

CENTROS DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA

Correcciones a códigos de facturación consolidada de centros de enfermería especializada

En enero de 2011, cuando se implementó la orden de cambio 7159 (2011 Annual Update of Healthcare Common Procedure Code System (HCPCS) Codes for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing (CB) Update), algunos códigos no fueron incluidos en las correcciones del sistema de procesamiento de reclamaciones. El lunes 14 de marzo de 2011 fue implementada una corrección para agregar los códigos listados a continuación a las actualizaciones del sistema de procesamiento de reclamaciones.

Los proveedores que presentaron reclamaciones por estos servicios, antes del lunes 14 de marzo de 2011, podrían tener reclamaciones denegadas incorrectamente. Aquellos proveedores que creen haber recibido una denegación incorrecta, deben contactar su contratista de Parte B de Medicare o su contratista administrativo de Medicare (MAC) para que sus reclamaciones sean reabiertas

y reprocesadas. Las reclamaciones que contienen cualquiera de los códigos señalados más abajo y que fueron procesadas a partir del 14 de marzo de 2011, serán procesadas correctamente. Preguntas adicionales deben ser dirigidas a su MAC o a su contratista de Parte B de Medicare.

Los códigos HCPCS afectados son: 76519, 76529, 76536, 76604, 76645, 76700, 76705, 76770, 76775, 76800, 76801, 76802, 76805, 76810, 76811, 76812, 76813, 76814, 76815, 76816, 76817, 76818, 76819, 76820, 76821, 76825, 76826, 76827, 76828, 76830, 76831, 76856, 76857, 76870, 76872, 76873 y 76876.

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

Fuente: CMS PERL 201003-42

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

TARIFA FIJA

Tarifa fija de laboratorio clínico — tarifas de cuota máxima permitida de viaje de Medicare para la colección de especímenes

Número de *MLN Matters*: MM7313
 Número de petición de cambio relacionado: 7313
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2153CP
 Fecha de implementación: 14 de marzo de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7313, la cual revisa el pago de la cuota máxima permitida de viaje para servicios de colección de espécimen cuando es facturado en una base de millaje utilizando el código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) P9603 y cuando es facturado en una base de tarifa fija utilizando el código HCPCS P9604 para el año calendario (CY) 2011. Los contratistas de Medicare tienen la discreción de elegir a base de millaje o tarifa fija.

La cuota máxima permitida de viaje pretende cubrir los costos de viaje estimado de colectar un espécimen incluyendo los gastos de viaje y salario del técnico de laboratorio. El pago de la cuota máxima permitida de viaje es hecho solamente si la tarifa de colección de un espécimen también es pagable.

Cuando un viaje es realizado para múltiples colecciones de especímenes (e.g., en un hogar de cuidados de enfermería), el componente de pago de viaje es prorrateado basado en el número de especímenes colectados en ese viaje (para Medicare y los pacientes que no son de Medicare).

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

- **Cuota máxima permitida de viaje por milla (P9603) — la cuota máxima permitida de viaje de milla es un mínimo de \$0.96 por milla. Esta tarifa de cuota máxima permitida de viaje por milla es:**
 - Utilizado en situaciones donde el viaje promedio a los hogares de los pacientes es más largo de 20 millas ida y vuelta; y
 - Prorrateado en situaciones donde los especímenes son extraídos de pacientes que no son de Medicare en el mismo viaje.
- **Cuota máxima permitida de viaje en base a tarifa fija (P9604) — la cuota máxima permitida de viaje en base a tarifa fija es \$9.60.**

El Servicio de Rentas Internas (IRS) determina el índice estándar de millaje para los negocios basado en estudios periódicos de los costos fijos y variables de operar un automóvil.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7313.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7313, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2153CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2153, CR 7313

Tarifas permitidas de viajes de Medicare para recolección de especímenes

Número de *MLN Matters*: MM7239
 Número de petición de cambio relacionado: 7239
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2110CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Este artículo ha sido rescindido y reemplazado por el artículo MM7313, el cual está disponible en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7313.pdf>.

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 adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7313.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7239, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2110CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2110, CR 7239

Actualización de abril al año calendario 2011 de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos

Número de *MLN Matters*: MM7319 — Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7319
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2180CP
 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/MLN MattersArticles/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 & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2180CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2180, 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 de emergencia a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos de 2011

Número de *MLN Matters*: MM7300 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7300
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R833OTN
 Fecha de implementación: No más tarde del 14 de enero de 2011

Resumen

Resumen de los cambios que impactan a los proveedores

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7300, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R833OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 833, CR 7300

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

INFORMACIÓN GENERAL

Ha sido publicado el 'Quarterly Provider Compliance Newsletter' de febrero de 2011

Medicare Learning Network® (MLN) ha publicado la edición de febrero de 2011 del 'Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter,' el que está designado a proveer educación acerca de cómo evitar errores de facturación y otras actividades equivocadas, cuando se interactúa con el programa de Medicare. En esta edición se presentan algunos hallazgos de auditoría que afectan a pacientes hospitalizados, médicos y suplidores de equipo médico durable (DME). Esta publicación aparece trimestralmente y destaca los temas más importantes, identificados por variados recursos, de ese trimestre en particular. La edición actual puede descargarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyComp_Newsletter_ICN905712.pdf. También se encuentran disponibles un archivo e índice de busca de las Newsletters previas, en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyCompNL_Archive.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201002-49

Marzo es el mes nacional de conciencia del cáncer colorrectal

De los tipos de cáncer que afectan tanto a hombres como a mujeres, el colorrectal es el segundo en provocar la muerte en los Estados Unidos, afectando por igual a todos los grupos étnicos y raciales. El cáncer colorrectal se encuentra más a menudo en personas de más de 50 años de edad y el riesgo de desarrollarlo aumenta con la edad. Exámenes preventivos pueden detectar pólipos pre-cancerosos, de tal manera que pueden ser extirpados antes de que se transformen en cáncer, estos exámenes también pueden detectar el cáncer en sus inicios, cuando el tratamiento funciona mejor. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recuerdan a los profesionales del cuidado de la salud, que Medicare provee cobertura para ciertos exámenes de cáncer colorrectal para su detección oportuna.

Cobertura de Medicare — Medicare define a personas con alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal a aquellos que tiene uno o más de los siguientes factores de riesgo: pariente cercano (hermanos, padres o hijos) o historial familiar o personal de cáncer colorrectal o pólipo adenomatoso o historial personal de inflamación intestinal (incluyendo enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).

Todos los beneficiarios de Medicare de mayores de 50 años que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, tienen cobertura para los siguientes exámenes preventivos:

- Examen de detección de sangre oculta en las heces (FOBT), todos los años
- Examen de sigmoidoscopia, una vez cada cuatro años (a menos que se haya efectuado un examen de colonoscopia, en cuyo caso Medicare cubriría el de sigmoidoscopia después de transcurridos por lo menos 119 meses)
- Examen de colonoscopia, cada diez años (a menos que se haya efectuado un examen de sigmoidoscopia, en cuyo caso Medicare cubriría el de colonoscopia después de transcurridos por lo menos 47 meses)

- Examen de enema de bario (como una alternativa a un examen, con cobertura, de detección flexible de sigmoidoscopia)

Todos los beneficiarios de Medicare mayores de 50 años con alto riesgo de cáncer colorrectal, tienen cobertura para los siguientes exámenes preventivos:

- Examen de detección de sangre oculta en las heces (FOBT), todos los años
- Examen de sigmoidoscopia, una vez cada cuatro años
- Examen de colonoscopia, cada dos años (a menos que se haya efectuado un examen de sigmoidoscopia, en cuyo caso Medicare cubriría el de colonoscopia después de transcurridos por lo menos 47 meses)
- Examen de enema de bario (como una alternativa a un examen, con cobertura, de colonoscopia).

¿Qué puede hacer usted? — CMS necesita su ayuda para la promoción de detección temprana y prevención de cáncer colorrectal. Como proveedor de servicios de salud a adultos mayores y otros pacientes de Medicare, los proveedores pueden ayudar a la toma de conciencia y educación de los pacientes acerca de los factores de riesgo, que pueden hacer para reducir estos riesgos y prevenir y detectar oportunamente el cáncer colorrectal a través de los exámenes que corresponda. ¡Su recomendación puede ayudar a salvar vidas! El cáncer colorrectal se puede prevenir, tratar y derrotar.

Para más información — instrúyase usted mismo utilizando los recursos siguientes:

- *Cancer Screenings brochure* — este folleto de tres lados provee a los profesionales del cuidado de la salud con una perspectiva general de exámenes de detección del cáncer cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de exámenes de detección del cáncer colorrectal. Bájelo de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Cancer_Screening.pdf.

Marzo es el mes nacional de conciencia ... (continuación)

- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services* — esta tabla de dos lados contiene información de cobertura, codificación, y pago para los distintos servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de detección del cáncer colorrectal, en un formato de referencia fácil de usar. Véala en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.
- *The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers and Other Health care Professionals* — este recurso completo contiene información de cobertura, codificación, y pago para los distintos servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de detección del cáncer colorrectal. Visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf.
- El sitio Web de The National Colorectal Cancer Roundtable está disponible en <http://www.NCCRT.org>.
- Visite the Prevent Cancer Foundation website for National Colorectal Cancer Awareness Month en <http://www.PreventCancer.org/colorectal>.

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

Fuente: CMS PERL 201003-01

Encuesta 2011 de satisfacción del proveedor con el contratista de Medicare

En caso que lo haya olvidado o no se lo hayan dicho, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han lanzado su encuesta de satisfacción del proveedor con el contratista de Medicare (MCPSS). Amistosamente le recordamos acerca de la encuesta a los proveedores seleccionados y les alentamos a responderla. Esta encuesta ofrece a suplidores y proveedores a tarifa fija (FFS) de Medicare, la oportunidad de dar a CMS opiniones acerca de sus interacciones con los contratistas FFS de Medicare en relación a las siete funciones principales del servicio: consultas del proveedor, orientación y educación al proveedor, procesamiento de reclamaciones, apelaciones, inscripción del proveedor, exámenes médicos y auditoría y reembolso al proveedor. Como resultado de las respuestas a encuestas anteriores, los contratistas FFS de Medicare han implementado cambios para mejorar su proceso de educación y preparación de su personal.

La encuesta será enviada a aproximadamente 30,000 suplidores y proveedores de FFS Medicare seleccionados al azar. Los seleccionados para participar en la MCPSS de 2011, fueron notificados en diciembre de 2010. CMS entiende que tal vez los proveedores y suplidores no tengan el tiempo disponible para responder directamente la encuesta pero puede haber un miembro de su personal habilitado para responder en su nombre. La persona designada para responder la encuesta puede ser alguien dentro de la organización que conozca el procedimiento de reclamaciones de Medicare y sea designado para responder la MCPSS, incluyendo pero sin limitarse a el gerente administrativo, director de ingresos o facturador a Medicare.

Si ha recibido una carta de la encuesta, entonces usted ha sido seleccionado para participar. Tómese el tiempo necesario para completar esta importante encuesta. CMS alienta la participación en la encuesta por medio de un sitio seguro de la Internet. El tiempo necesario es no más que 20 minutos.

CMS está a la escucha y desea saber más acerca de usted. Para saber más acerca de MCPSS, visite el sitio Web de CMS en www.cms.gov/MCPSS. Si tiene cualquier duda o consulta, llame a nuestra línea gratuita de MCPSS del proveedor al número 800-654-1431 o envíenos un email a MCPSS_survey@scimetrika.com.

Si usted ya ha completado y enviado su encuesta, le agradecemos sus opiniones.

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

Fuente: CMS PERL 201003-02

Nuevas preguntas frecuentes sobre la implementación de ICD-10

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado dos nuevas preguntas frecuentes (FAQ) acerca de la teleconferencia nacional del proveedor ICD-10 y la congelación parcial de códigos.

Para acceder estas FAQ, visite la página Web de CMS ICD-10: <http://www.cms.gov/ICD10>, seleccione el enlace a Medicare Fee-for-Service Provider Resources al lado izquierdo de la página, baje a la sección “Related Links Inside CMS” y seleccione “ICD-10 FAQs”.

Revise regularmente la sección ICD-10 FAQ por ICD-10 FAQ nuevas o actualizadas.

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

Fuente: CMS PERL 201003-10

Marzo es el Mes Nacional de la Nutrición

Más de 16.8-millones de americanos, 65 años en adelante, son diagnosticados con diabetes o enfermedad renal. La terapia de nutrición médica (MNT) que es provista por un dietista registrado o profesional de la nutrición puede resultar en una mejoría en el manejo de la diabetes y enfermedad renal, junto con otros resultados de la salud que pueden ayudar el retraso de estas enfermedades. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los profesionales de la salud que marzo es el Mes Nacional de la Nutrición®, enfocándose en la importancia de realizar selecciones inteligentes de alimentos, desarrollando buenos hábitos alimentarios y de actividad física para promover un estilo de vida saludable y mejorar la buena salud.

Cobertura de Medicare — Medicare provee cobertura de MNT para los beneficiarios diagnosticados con diabetes y/o enfermedad renal (excepto para aquellos que reciben diálisis) y trasplante renal posterior cuando es referido por el médico tratante y provisto por un dietista registrado o profesional de la nutrición. (El médico que trata debe indicar un diagnóstico de diabetes o enfermedad renal para recibir este beneficio.) Medicare provee cobertura para tres horas de MNT en el primer año, dos horas en años subsiguientes, y horas adicionales en ciertas situaciones.

Tenga en cuenta que para propósitos de este beneficio, enfermedad renal significa insuficiencia renal crónica o la condición médica de un beneficiario que ha sido dado de alta de un hospital después de un trasplante renal exitoso de hasta 36 meses después del trasplante. La insuficiencia renal crónica significa una reducción en función renal que no es lo suficientemente severa para requerir diálisis o trasplante (índice de filtración glomerular 13-50 ml/min/1.73m²).

¿Lo que usted puede hacer? — CMS necesita su ayuda para asegurar que todas las personas elegibles con Medicare aprovechen completamente el beneficio MNT. El MNT provisto por un dietista registrado o profesional de la nutrición puede ser un componente integral del manejo de la diabetes y de la enfermedad renal, el cual puede resultar en mejoras de los resultados de la salud y un retraso en el progreso de la enfermedad. Hable con sus pacientes

elegibles de Medicare sobre los beneficios del manejo de la diabetes y enfermedad renal a través de MNT. Como el médico tratante, provea un referido escrito y exhórteles a hacer una cita con un dietista registrado o profesional de la nutrición.

Para más información:

- Folleto sobre servicios relacionados a la diabetes — este recurso provee a los profesionales del cuidado de la salud con una perspectiva general de la cobertura de Medicare de pruebas de detección de la diabetes, adiestramiento de automanejo de la diabetes, MNT, y suministros y otros servicios relacionados a la diabetes. Lo puede leer en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/DiabetesSvcs.pdf>.
- El sitio Web de MNT de CMS — provee a los profesionales del cuidado de la salud con información sobre la cobertura de Medicare de MNT provisto por un dietista registrado o profesional de la nutrición. Lo puede leer en <http://www.CMS.gov/MedicalNutritionTherapy>.
- El “*Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals*” — este recurso abarcador provee cobertura e información de codificación en la línea de servicios preventivos y pruebas que Medicare cubre, incluyendo MNT y otros servicios para los beneficiarios de Medicare con diabetes. Lo puede leer en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf.
- Mes Nacional de la Nutrición® — visite el sitio Web de American Dietetic Association en <http://www.EatRight.org/NNM> para aprender más sobre el Mes Nacional de la Nutrición de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201003-14

Día de toma de conciencia nacional de HIV/AIDS en comunidades nativas y día de alerta de diabetes en América

El domingo 20 de marzo está dedicado a la toma de conciencia de HIV/AIDS en comunidades nativas

El domingo 20 de marzo, está dedicado, por quinta vez, a ser el día nacional de toma de conciencia de HIV/AIDS en comunidades nativas. La epidemia de HIV/AIDS es una seria amenaza a la salud para las comunidades nativas y esta conmemoración nacional reconoce el impacto creciente de HIV/AIDS en la población nativa de nuestro país — indios americanos, nativos de Alaska y nativos de Hawaii. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) le solicitan unirse a este esfuerzo nacional de elevar la toma de conciencia de los riesgos que esta enfermedad representa para las personas nativas y ayudarles a entender la dinámica que contribuye a esos riesgos.

¿Qué puede hacer usted?

CMS le solicita que como proveedor de servicios de cuidados de la salud a poblaciones nativas, ayude a promover la prevención y detección temprana de HIV/AIDS hablando con sus pacientes acerca de los riesgos de HIV/AIDS y la importancia de su prevención y que les anime a someterse a exámenes de HIV. Su apoyo puede incrementar los esfuerzos de disminuir los casos de HIV/AIDS entre la población nativa.

Cobertura de Medicare:

Los exámenes de HIV tienen cobertura de Medicare para beneficiarios elegibles:

Día de toma de conciencia nacional de HIV/AIDS ... (continuación)

- Categorizados como grado A (fuertemente recomendado) o grado B (recomendado) por U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) y que cumplen con ciertos requisitos. (Para detalles adicionales, refiérase a “NCD for Screening for HIV” de CMS y “Screening for HIV Recommendation Statement” de USPSTF, mencionados más abajo).
- Para ambos tipos de exámenes rápidos de detección de HIV: aprobados por Food and Drug Administration (FDA) y estándares.
- Si los exámenes son razonables y necesarios para la detección temprana del HIV y son apropiados para los individuos con derecho a beneficios de Parte A o inscritos en Parte B.

Para más información:

- Determinación nacional de cobertura de CMS — NCD for Screening for HIV
- Fuerza de choque de los servicios preventivos de los EE. UU (USPSTF) — Screening for HIV Recommendation
- Indian Health Service HIV/AIDS Program — <http://www.IHS.gov/MedicalPrograms/HIVAIDS>
- CDC National Native HIV/AIDS Awareness Day — <http://www.CDC.gov/Features/NativeHIVAIDS>
- National Native American AIDS Prevention Center — <http://www.NNAAPC.org/news/awareness-day.htm>
¡Somos capaces de hacer la diferencia! Gracias por su apoyo.

El martes 22 de marzo es el día de alerta de diabetes en América

Únase a CMS durante el día de alerta de la diabetes en América, en el esfuerzo por informar a los adultos mayores y otras personas participantes de Medicare, acerca de la seriedad de la diabetes. Actualmente hay 25.8 millones de americanos que viven con diabetes y 79 millones más (uno por cada tres adultos) que corre el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Si se les deja sin diagnóstico ni tratamiento, la diabetes podría aumentar el riesgo de complicaciones tales como enfermedades del corazón, infarto, ceguera, daños a los riñones, amputaciones y muerte relacionada con neumonía y gripe.

Cobertura de Medicare:

Medicare provee a beneficiarios calificados de Medicare, cobertura para los siguientes servicios relacionados con diabetes:

- Exámenes de detección de diabetes
- Instrucción sobre auto control de la diabetes (DSMT)
- Insumos de diabetes
- Exámenes de dilatación de los ojos (para retinopatía diabética)
- Cuidado de los pies
- Exámenes de glaucoma
- Exámenes de hemoglobina A1c
- Inmunizaciones de influenza y neumococos

- Terapia médica de nutrición (MNT)

¿Qué puede hacer usted?

CMS necesita que usted, como profesional que provee servicios de cuidados de la salud a adultos mayores y otras personas dependientes de Medicare, ayude a asegurar que todos los beneficiarios de Medicare que sean elegibles, aprovechen las ventajas de exámenes de detección así como de otros servicios relacionados con diabetes a los que pudiesen tener derecho.

Para más información:

- Folleto Diabetes-Related Services — este folleto da a los proveedores a tarifa fija de Medicare, un resumen de los exámenes de detección con cobertura de Medicare, DSMT, MNT, insumos y otros servicios para los beneficiarios de Medicare. <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/DiabetesSvc.pdf>
- Quick Reference Information: Medicare Preventive Services — este gráfico informa sobre cobertura y codificación de servicios preventivos de Medicare, incluyendo servicios relacionados con diabetes. http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals — este recurso general informa sobre cobertura y codificación de series de servicios y exámenes preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo servicios relacionados con diabetes. http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf
- El sitio Web de prevención de CMS — informa a los proveedores de cuidados de la salud sobre cobertura de Medicare por servicios relacionados con diabetes y exámenes de detección. <http://www.CMS.gov/home/Medicare.asp>
- Programa nacional de educación sobre la diabetes (NDEP) — NDEP está asociado al National Institutes of Health, the Centers for Disease Control and Prevention, y a más de 200 organizaciones públicas y privadas. NDEP tiene numerosos recursos incluyendo diapositivas PowerPoint; hojas informativas; anuncios de prensa, televisión y radio; logos, artículos característicos y letreros en la Internet. <http://www.YourDiabetesInfo.org/AlertDay2011>
- Día de alerta de diabetes en América — para aprender más sobre este día, visite el sitio Web de American Diabetes Association en <http://www.Diabetes.org/in-my-community/programs/alert-day>.

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

Fuente: CMS PERL 201003-28

Página de Opiniones del Medicare Learning Network y hoja informativa revisada sobre elegibles duales

Página de Opiniones del Medicare Learning Network

El *Medicare Learning Network*® (*MLN*) está interesado en lo que usted tiene que decir. Sin importar si usted tiene una cuenta *MLN* o no, usted puede evaluar los productos *MLN*, servicios, y actividades que ha participado, recibido, o descargado.

Si usted no tiene una cuenta *MLN* o no desea acceder a su cuenta, so se preocupe; el *MLN* ofrece una nueva función anónima de evaluación que le permite completar una evaluación sin acceder a su cuenta. Visite la Página de Opiniones de *MLN* (http://www.CMS.gov/MLNProducts/85_Opinion.asp) y haga clic en “MLN Opinion Page” en la sección “Related Links Inside CMS” al fondo de la página. Haga clic en el título subrayado del producto, servicio, o actividad que usted desea evaluar y haga clic en el enlace “Take the anonymous evaluation for this product” que aparecerá a mano derecha. Una nueva ventana abrirá conteniendo la evaluación del producto.

Sus comentarios son importantes para nosotros y utilizamos sus sugerencias para ayudarnos a mejorar nuestros productos educacionales, servicios, y actividades y para desarrollar productos, servicios, y actividades que alcancen las necesidades educacionales. Si usted tiene alguna sugerencia relacionada a los temas de productos de *MLN* o formatos, envíelos a MLN@cms.gov.

Hoja informativa revisada Medicaid Coverage of Medicare Beneficiaries (Dual Eligibles) At a Glance

La publicación revisada titulada *Medicaid Coverage of Medicare Beneficiaries (Dual Eligibles) At a Glance* (revisada en diciembre de 2011) está ahora disponible en el Medicare Learning Network en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Medicare_Beneficiaries_Dual_Eligibles_At_a_Glance.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201003-16

Recursos revisados del Medicare Learning Network

Medicare Learning Network Products Catalog

La versión de marzo de 2011 del *Medicare Learning Network*® Products Catalog está ahora disponible. El *MLN* Products Catalog es un documento gratuito interactivo descargable que lista todos los productos *MLN* por formato de medio de comunicación. Acceda el catálogo en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo> y seleccione “MLN Products Catalog” en la sección de Downloads. Una vez abierto el catálogo, usted puede hacer clic en el título de un producto o el tipo de formato disponible “Formats Available”.

Revisada la hoja informativa Sección 1011

La publicación revisada titulada Section 1011: Federal Reimbursement of Emergency Health Services Furnished to Undocumented Aliens (revisada en febrero de 2011) está ahora disponible en formato descargable del *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Section_1011_Fact_Sheet.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre fondos disponible, elegibilidad, y requisitos de inscripción del programa a extranjeros indocumentados, como fue detallado en la Sección 1011 del Medicare Modernization Act of 2003 (MMA). También incluye información sobre los estados que han agotado el pago bajo la Sección 1011 y los servicios que son reembolsables bajo el programa.

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

Fuente: CMS PERL 201003-32

Panfleto revisado ‘The National Provider Identifier: What You Need to Know’

El panfleto titulado The National Provider Identifier (NPI): What You Need to Know (revisado en febrero de 2011) ha sido revisado y está disponible en formato para descargar. Este panfleto fue creado para ayudarle a familiarizarse con el identificador nacional del proveedor (NPI), (establecido por la regla final el 23 de enero de 2004). Las entidades cubiertas bajo Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) son exigidas por regulación que utilicen los NPI para identificar a los proveedores de cuidados de la salud en transacciones estándar de HIPAA. Esta publicación puede ser descargada en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/NPIBooklet.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201003-32

Tabla actualizada ‘Quick Reference Information: Medicare Immunization Billing chart’

La tabla Quick Reference Information: Medicare Immunization Billing, la cual provee a los médicos de tarifa por servicio (FFS) de Medicare, proveedores, suplidores, y otros profesionales del cuidado de la salud con información rápida para ayudarles a completar las reclamaciones de vacuna contra la influenza, neumococo, y el virus de hepatitis V (HBV) y la administración, ha sido actualizada y está disponible para ser descargada, libre de costo, del *Medicare Learning Network*[®]. Usted puede ver la tabla en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/qr_immun_bill.pdf. Las copias impresas estarán disponibles en una fecha más tarde.

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

Fuente: CMS PERL 201003-32

Hoja informativa actualizada del ‘Catálogo de tarifas médicas de Medicare’

La publicación actualizada titulada “Catálogo de tarifas médicas de Medicare” (actualizada en febrero de 2011) está ahora disponible en formato descargable de la *Medicare Learning Network*[®] en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedcrePhysFeeSchedfctsh.pdf>. Esta hoja informativa está diseñada para instruir acerca del catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFS), incluyendo servicios médicos, servicios de terapia, tasas de pago MPFS y fórmula de tasas MPFS.

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

Fuente: CMS PERL 201003-32

Sitio Web de proyecto de conversión ICD-10 MS-DRG — nueva información disponible

El editor de códigos de Medicare ICD-10 v27 y una versión de texto del manual de definiciones *ICD-10-CM/PCS Medicare Severity-Diagnosis Related Group (MS-DRG) v28 Definitions Manual*, han sido puestos 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 “Downloads”. También hay enlaces para ordenar MS Grouper with Medicare Code Editor ICD-10 Pilot Software Version 28 en CD-ROM al National Technical Information Service (NTIS) en la sección “Related Links Outside CMS” de la página Web.

Esta actualización es parte del proyecto de conversión ICD-10 MS-DRG. CMS está utilizando general equivalence Mappings (GEM) en el proyecto de conversión de los sistemas de pago. CMS comparte la información obtenida de este proyecto, con otras organizaciones abocadas a una tarea similar. Note que el ICD-10 MS-DRG final estará sujeto a reglamentación formal.

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

Fuente: CMS PERL 201003-33

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)

Recordatorio -- información importante ... (continuación)

Section 6404 — Maximum Period for Submission of Medicare Claims Reduced to Not More Than 12 Months” — <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6960.pdf> en el sitio Web de CMS.

- MM7080 — “Timely Claims Filing: Additional Instructions” -- <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/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/MLN MattersArticles/downloads/MM7270.pdf> en el sitio Web de CMS.

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

Fuente: CMS PERL 201103-38

Hoja informativa actualizada ‘Catálogo de tarifas de laboratorio clínico’

La publicación actualizada titulada *Clinical Laboratory Fee Schedule* (actualizada en febrero de 2011), está ahora disponible en formato descargable de la *Medicare Learning Network* en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/clinical_lab_fee_schedule_fact_sheet.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para instruir acerca del catálogo de tarifas de laboratorio clínico, incluyendo información de respaldo, cobertura de servicios de laboratorio clínico y cómo se establecen las tasas de pago.

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

Fuente: CMS PERL 201003-50

Hoja informativa de la encuesta de satisfacción del proveedor del contratista de Medicare

Medicare Learning Network ha publicado una nueva hoja informativa descargable en la encuesta de satisfacción del proveedor del contratista de Medicare (MCPSS). MCPSS ofrece a los proveedores y suplidores a tarifa fija de Medicare, la oportunidad de dar sus opiniones y hacer sus comentarios sobre sus interacciones con los contratistas de Medicare. La hoja informativa está disponible en formato descargable y puede ser vista en http://www.CMS.gov/MLNProducts/Downloads/MCPSS_FactSheet.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201003-50

Consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo

Número de *MLN Matters*: MM3834
 Número de petición de cambio relacionado: 3834
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2005
 Fecha de efectividad: 22 de marzo de 2005
 Número de transmisión de CR relacionado: 36 y 562
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2005

Resumen

Medicare Parte B ha cubierto consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo efectivo desde el 22 de marzo de 2005. Dos intentos son cubiertos cada año; cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas. Un máximo de ocho sesiones en un año son cubiertas.

Para los servicios prestados a partir del 5 de julio de 2005, cuando se factura para esta consejería, los proveedores fueron dirigidos a usar los códigos de procedimiento provisionales G0375-G0376. El artículo de *MLN Matters* ha sido revisado para añadir una referencia

al artículo de *MLN Matters* MM5878, el cual anuncia los siguientes códigos de reemplazo para los códigos provisionales G:

99406: *Smoking and tobacco-use cessation counseling visit; intermediate, greater than 3 minutes up to 10 minutes*

99407: *Smoking and tobacco-use cessation counseling visit; intensive, greater than 10 minutes*

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM3834.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 3834, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R36NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 36, CR 3834

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 de pago y modificación para los códigos HCPCS de vacuna contra el virus de influenza y neumococo

Número de *MLN Matters*: MM7128
 Número de petición de cambio relacionado: 7128
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2154CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Para prevenir pagos duplicados de reclamaciones de vacuna contra el virus de influenza y neumococo por el mismo contratista, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han implementado un número de modificaciones que fueron efectivas para las reclamaciones recibidas a partir del 1 de julio de 2002.

Los siguientes códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para las vacunas contra el virus de influenza y neumococo están siendo añadidos a estas modificaciones para prevenir duplicación de pago para las reclamaciones procesadas a partir del 5 de julio de 2011:

- 90662: *Influenza virus vaccine, split virus, preservative free, enhanced immunogenicity via increased antigen content, for intramuscular use*
- 90670: *Pneumococcal conjugate vaccine, 13 valent, for intramuscular use*

Los contratistas no busquen sus archivos para retractar pago para las reclamaciones ya pagadas o pagar las reclamaciones retroactivamente. Sin embargo, ajustarán las reclamaciones traídas a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7128.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7128, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2154CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2154, CR 7128

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.

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

Número de *MLN Matters*: MM7278 — Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7278
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2173CP & R70DEMO
 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/MLNMattersArticles/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 & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2173CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2173, 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.

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor Abril-mayo 2011

Documentación de Medicare y errores de codificación: ¿Cuánto le podría costar? **(Parte B)**

Cuando: 19 de abril
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Codificación de E/M y documentación médica: Errores y soluciones **(Parte B)**

Cuando: 20 de abril
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Modificaciones de reclamaciones de Parte B para los proveedores que ordenan/refieren **(Parte B)**

Cuando: 27 de abril
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

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

Cuando: 10 de mayo
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

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

HOSPITAL

Avisos importantes sobre educación médica graduada para hospitales de enseñanza

Atención todos los hospitales de enseñanza: El propósito de este artículo es el de informarle de dos avisos sobre educación médica graduada (GME) que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron en el *Federal Register*.

A: Regla final interina con periodo de comentario sobre los acuerdos de afiliación de GME de Medicare

Una regla interina con periodo de comentario fue mostrada el 11 de marzo de 2011, en la Oficina del *Federal Register*, y puede ser vista en http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-05960_PI.pdf. Esta regla interina con periodo de comentario (IFC) implementa la Sección 203 del Medicare and Medicaid Extenders Act (MMEA) of 2010, el cual enmendó la Sección 5503 del Affordable Care Act, relacionada al tratamiento de hospitales de enseñanza que son miembros de un grupo afiliado de educación médica graduada de Medicare para propósitos de determinar posibles reducciones límite de residente equivalente a tiempo completo. Este IFC será publicado en el *Federal Register* el 14 de marzo de 2011. La Sección 203 de MMEA es promulgada puesto que es parte de la Sección 5503 del Affordable Care Act, y por lo tanto, de igual forma que la Sección 5503, será efectivo el 1 de julio de 2011. El periodo de comentario para esta IFC cerrará el 13 de abril de 2011. Si usted desea presentar un comentario, refiérase a las instrucciones en el IFC para hacerlo. Una vez publicado, esta regla final interina con periodo de comentario será visible en el sitio Web de CMS para educación médica graduada directa en (http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/06_dgme.asp).

B: Aviso de corrección al año calendario (CY) 2011 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS)

El 10 de marzo de 2011, CMS emitió un aviso de corrección en el *Federal Register* (CMS-1504-CN) para corregir errores técnicos que aparecieron en la regla final de CY 2011 OPPS publicada el 24 de noviembre de 2010 (75 FR 71800). El aviso de corrección puede ser visto en <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-03-11/pdf/2011-5674.pdf>. Mientras que este aviso de corrección hace correcciones relevantes al OPPS, existen también cambios importantes a la porción GME del 24 de noviembre de 2010, regla final. Un resumen de las correcciones GME sigue.

A partir de: Este aviso de corrección es efectivo el 1 de enero de 2011.

Resumen de las correcciones GME:

1. En la página 72223 de la regla final de OPPS del 24 de noviembre de 2010, en la primera columna, en el primer párrafo completo, en las líneas 14 hasta la 23, la oración comenzando con la palabra “Therefore”, es modificada como sigue:

“Therefore, because applications under Section 5506 are program-specific, we believe that a hospital that is applying for slots for use in a geriatrics program should not be precluded from also applying for slots for other programs (although the requests for those other programs, even other primary care or surgery programs, would fall under other Ranking Criteria).”

Bajo esta corrección, si un hospital aplica para espacios solamente para un programa de geriatría y otros programas de atención primaria (o cirugía general) en vez de la solicitud de otra atención primaria (o cirugía general) que cae bajo Clasificación de Criterio #7, la solicitud de atención primaria (o cirugía general) para los espacios ahora pueden caer bajo los Criterios de Clasificación #s 5 o 6, como aplique. La solicitud para espacios geriátricos continuaría cayendo bajo el Criterio de Clasificación #4.

2. En la página 72230 de la regla final de OPPS del 24 de noviembre de 2010, hemos realizado cinco correcciones a la tabla titulada, “List of teaching hospitals that have closed on or after March 23, 2008, and before August 3, 2010.” Estos cambios incluyen el cambio de Muhlenberg Regional Medical Center’s CBSA de 35620 a 35084; añadir Cherry Hospital e información de asistencia a la tabla, como se muestra a continuación; cambio del límite IME de Touro Rehabilitation Center de “2.99” a “0.00”; y el cambio del límite IME de Mid-Missouri Mental Health Center de “1.25” a “0.00”.

Esta es la tabla corregida:

Provider No.	Provider Name	Terminating Date	DGME Cap	IME Cap	Sec. 422 Increase/Decrease DGME	Sec. 422 Increase/Decrease IME	CBSA
01-0064	Physicians Carraway Medical Center	11/01/2008	65.08	65.08	-4.5	-4.5	13820
03-0017	Mesa General Hospital	05/31/2008	20.52	13.33	0.00	0.00	38060

Avisos importantes sobre educación... (continuación)

Provider No.	Provider Name	Terminating Date	DGME Cap	IME Cap	Sec. 442 Increase/Decrease DGME	Sec. 422 Increase/Decrease IME	CBSA
14-0075	Michael Reese Hospital	06/11/2009	199.52	200.82	0.00	0.00	16974
15-0029	St. Joseph Hospital Mishawaka	07/01/2008	13.43	7.68	-3.79	-1.23	43780
19-3034	Touro Rehabilitation Center	12/31/2009	3.20	0.00	0.00	0.00	35380
26-4011	Mid-Missouri Mental Health Center	06/30/2009	5.33	0.00	0.00	0.00	17860
31-0063	Muhlenberg Regional Medical Center	08/13/2008	30.17	30.17	0.00	0.00	35084
31-0088	William B Kessler Memorial Hospital	03/12/2009	2.00	2.00	0.00	0.00	12100
33-0133	Cabrini Medical Center	06/16/2008	134.01	124.1	-21.36	-23.83	35644
33-0357	Caritas Health Care, Inc.	03/06/2009	190.23	190.23	-9.40	-9.40	35644
33-0390	North General Hospital	07/10/2010	57.17	54.29	-6.23	-4.08	35644
34-4003	Cherry Hospital	09/01/2008	1.00	0.00	0.00	0.00	24140
39-0023	Temple East Hospital	06/28/2009	2.36	2.36	0.00	0.00	37964
39-0169	Geisinger South Wilkes-Barre	07/10/2009	4.00	3.33	0.98	1.67	42540
42-0006	Charleston Memorial Hospital	11/25/2008	40.88	40.83	0.00	0.00	16700

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

Fuente: CMS PERL 201003-24

Modificaciones del sistema para la póliza de ajuste del departamento de emergencia bajo el IPF PPS

Número de *MLN Matters*: MM7072

Número de petición de cambio relacionado: 7072

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de febrero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2157CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

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

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7072, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2157CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2157, CR 7072

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

Pago de incentivo a los hospitales de cuidado crítico pagados bajo el método opcional

Número de *MLN Matters*: MM7115
 Número de petición de cambio relacionado: 7115
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2169CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

El Affordable Care Act determina un pago de 10 por ciento del programa Primary Care Incentive Program (PCIP) por cuidados primarios prestados desde 2011 a 2015. Estos pagos deben ser hechos trimestralmente.

Médicos y otros profesionales de la salud que cobran por medio del tipo de factura (TOB) 85x, por servicios profesionales prestados en un hospital de urgencia (CAH), pagados bajo el método opcional, tienen la opción de ceder sus derechos de facturación al CAH. Cuando estos derechos son cedidos al CAH, el pago es hecho por servicios profesionales a CAH (códigos de ingreso (RC) 96x, 97x o 98x).

El 10 por ciento de pago de incentivo es pagado a un CAH que factura según el método opcional por servicios profesionales de atención primaria de médicos y otros profesionales de la salud calificados que han cedido sus derechos de facturación al CAH.

Nota: El antiguo reporte trimestral para hospital de urgencia, de área de escasez de profesionales de la salud “quarterly health professional shortage area (HPSA) and scarcity report for CAHs” es ahora conocido como “special incentive remittance for CAH (remesa especial de incentivo)”. Este cambio es necesario, toda vez que los pagos PCIP son hechos para todas las atenciones primarias prestadas por profesionales de la salud calificados, sin considerar el área geográfica donde fue prestada dicha atención primaria.

El archivo de elegibilidad de PCIP que contiene una lista de los NPI de los proveedores que pueden ser pagados el incentivo de atención primaria está disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/PCIP/190102.zip>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNProductsArticles/downloads/MM7115.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7115, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2169CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2169, CR 7115

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

PAGOS PROSPECTIVOS

Hoja informativa revisada: ‘Home Health Prospective Payment System’

La hoja informativa ‘Home Health Prospective Payment System’ (revisada en enero de 2011) está ahora en formato descargable del *Medicare Learning Network*® en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/HomeHlthProsPaymt.pdf>. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación acerca del sistema de pagos prospectivos (HH PPS), incluyendo información de antecedentes y requisitos consolidados de facturación, cobertura de servicios de salud a domicilio, elementos de HH PPS y requisitos adicionales.

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

Fuente: CMS PERL 201002-49

Actualización 2011 del archivo Pricer del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio

La página Web de Pricer del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio (OPPS) fue actualizada recientemente para incluir la actualización de enero de 2011 de datos del proveedor de paciente ambulatorio. Los usuarios pueden ahora acceder la actualización de datos del proveedor de enero en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp>, seleccionando “2011”, y luego descargando “1st Quarter 2011 Files” de la página Web de Pricer OPPS.

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

Fuente: CMS PERL 201003-07

Actualización del sistema de pagos prospectivos (PPS) PC Pricer de establecimientos de rehabilitación durante el año fiscal 2011

El sistema de pagos prospectivos (PPS) PC Pricer de establecimientos de rehabilitación de paciente interno (IRF) ha sido actualizado con los últimos datos del proveedor durante el año fiscal 2011. PC Pricer está listo para ser descargado de la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp. Si usted usa IRF PPS PC Pricers, vaya a la página indicada más arriba y descargue la última versión de Pricer 2011, puesta el 10 de marzo de 2011 en la sección Downloads.

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

Fuente: CMS PERL 201003-17

Actualización de PPS PC Pricer de hospitales psiquiátricos de 2011

El sistema de pagos prospectivos (PPS) PC Pricer de hospitales psiquiátricos (IPF) ha sido fortalecido con campo “Prior Days (días anteriores)” y lógica de tasa anual (RY) 2011 y ha sido actualizado en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para reclamaciones con fechas desde el 1 de octubre de 2010 al 30 de junio de 2011. Si usted utiliza IPF PPS PC Pricer para RY 2011, vaya a la página, http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, en la sección Downloads y descargue la última versión de IPF PPS RY 2011 PC Pricers, puesta el 16 de marzo de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201003-39

Actualización de enero de 2011 al sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM7271

Número de petición de cambio relacionado: 7271

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: R2141CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

La petición de cambio (CR) 7271 describe los cambios y las instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en la actualización de enero de 2011 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS). El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de enero de 2011, y el OPPS Pricer refleja las adiciones al HCPCS, clasificación de pago ambulatorio (APC), modificador HCPCS, y código de ingreso, cambios y eliminaciones identificadas en esta notificación.

Actualizaciones clave del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio para enero de 2011

- Cambios a las modificaciones de dispositivo para enero de 2011
- Pago para compuesto de imagen múltiple de clasificaciones de pago ambulatorio (APC)
- Hospitalizaciones parciales APC
- Compuesto de servicios de salud mental APC 0034

- Reportando servicios del cuidado crítico de hospital bajo el OPPS
- Dispensa de costo compartido de servicios preventivos
- Facturando consejería para abandonar el uso del tabaco
- Servicios de hospitalización solamente
- Facturando medicamentos, productos biológicos, y radiofármacos
- Clarificación de codificación para los servicios de administración de medicamentos
- Cambios a la lógica de OPPS Pricer
- Determinaciones de cobertura
- Archivo específico del proveedor ambulatorio

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7271.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7271, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2141CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2141, CR 7271

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 abril de 2011 del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM7342

Número de petición de cambio relacionado: 7342

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2011

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2174CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7342 que describe cambios a la actualización del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio (OPPS) a ser implementados en abril de 2011. El editor de códigos de paciente ambulatorio integrado (I/OCE) de abril de 2011 y OPPS Pricer, reflejarán el sistema de códigos de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS), la clasificación de pago ambulatorio (APC), el modificador HCPCS y adiciones al código de ingresos, cambios y eliminaciones.

Los cambios más importantes en la actualización de abril son los siguientes:

- Medicinas farmacéuticas y biológicas con pagos basados en el precio promedio de (ASP)
- Medicinas farmacéuticas y biológicas con estatus de paso OPPS
- Nuevo código HCPCS para ciertas medicinas farmacéuticas y biológicas
- Actualización de tasas de pago para algunos códigos HCPCS
- Ajuste a indicador de estatus para código HCPCS Q4118
- Ajuste a indicador de estatus para códigos HCPCS Q4119 y G0010
- Códigos de vacuna categoría I H1N1
- Reporte correcto de unidades de medicinas farmacéuticas
- Reporte de procedimientos de diagnóstico de medicina nuclear para paciente ambulatorio
- Uso de código HCPCS C9399
- Eliminación de código HCPCS Q1003

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7342.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7342, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2174CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2174, CR 7342

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

Recursos educacionales actualizados en línea para las agencias de salud en el hogar

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la publicación de los recursos educacionales actualizados en la Sección 6407 del Affordable Care Act (ACA) of 2010 de la página Web de agencia de salud en el hogar en <http://www.cms.gov/center/hha.asp>.

La Sección 6407 del Affordable Care Act (ACA) of 2010 estableció el requisito de encuentro cara a cara de un médico para certificación de elegibilidad de servicio de salud en el hogar. Antes de que un médico pueda certificar la elegibilidad de un paciente para los servicios de salud en el hogar de Medicare, la ley exige que el médico debe documentar que él o ella, o un profesional de la salud que trabaja con el médico que certifica, ha tenido un encuentro cara a cara con el paciente. Esta provisión es un requisito para el pago de salud en el hogar.

Los recursos educacionales añadidos a la página Web incluyen una presentación en PowerPoint, una edición especial del artículo de *MLN Matters*, y preguntas y respuestas relacionadas a esta provisión.

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

Fuente: CMS PERL 201002-46

Facturación de los códigos de visita de bienestar anual G0438 y G0439

Tenga en cuenta que las modificaciones actuales previenen la facturación de G0438 y G0439 si son los únicos servicios en la reclamación. Las reclamaciones que contienen la visita de bienestar anual (AWV), junto con otros servicios, están siendo procesadas, pero el servicio AWV no está siendo pagado.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han instruido a los contratistas de Medicare a retener todas las reclamaciones que contienen los códigos AWV G0438 y G0439 presentados en el Tipo de Factura 12x y 13x con las fechas de servicios a partir del sábado, 1 de enero hasta el domingo, 3 de abril de 2011. Los sistemas de los contratistas de Medicare están listos para procesar las reclamaciones que contengan los códigos G0438 y G0439 presentados en los TOB 12x y 13x a más tardar el lunes, 4 de abril.

Para más información, vea la Transmisión 2159, petición de cambio (CR) 7079, emitido el viernes, 3 de diciembre de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201003-22

Publicación “Medicare Dependent Hospital” disponible en formato impreso

La publicación actualizada titulada Medicare Dependent Hospital (actualizada en enero de 2011), que está diseñada para enseñar acerca del criterio de clasificación de un hospital, como dependiente de Medicare (MDH) y acerca de pagos a MDH, está ahora disponible en formato impreso en la *Medicare Learning Network*®. Para hacer una orden, visite el enlace “MLN Product Ordering Page” en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>.

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

Fuente: CMS PERL 201003-50

Publicación ‘Rural Referral Center’ disponible en formato impreso

La publicación actualizada titulada Rural Referral Center actualizada en enero de 2011, que está diseñada para enseñar acerca del programa rural referral center, que fue establecido para apoyar hospitales rurales de alta capacidad que tratan un gran número de casos complicados, está ahora disponible en formato impreso en la *Medicare Learning Network*®. Para hacer una orden, visite el enlace “MLN Product Ordering Page” en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>.

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

Fuente: CMS PERL 201103-50

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

Número de *MLN Matters*: MM7208 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7208
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2186CP
 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 sean cobrados, 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 serán implementados hasta el 4 de abril de 2011, los proveedores deben comenzar a presentar códigos HCPCS detallados de reporte para los servicios preventivos a partir del 1 de enero de 2011.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7208, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R864OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 864, CR 7208

Correcciones al Capítulo 5, Sección 20.2 del manual electrónico de procesamiento de reclamaciones

Número de *MLN Matters*: MM7315
 Número de petición de cambio relacionado: 7315
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 19 de mayo de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2160CP
 Fecha de implementación: 19 de mayo de 2011

Resumen

Este artículo es informativo y está basado en la petición de cambio (CR) 7315 que corrige múltiples referencias mencionadas dos veces en Pub. 100-04, Capítulo 5, Sección 20.2 del manual electrónicos de procesamiento de reclamaciones de Medicare. La primera referencia establece: "Pub. 100-02, Chapter 15, Section 230.3B, Treatment Notes, indicates that the amount of time for each specific intervention/modality provided to the patient is not required to be documented in the Treatment Note". La segunda referencia establece: "For documentation in the medical record of the services provided see Pub. 100-02, Chapter 15, Section 230.3, Documentation, Treatment Notes."

Ambas referencias cruzadas son incorrectas como están y deben referir al Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 220.3, "Treatment Notes of the *Medicare Benefit Policy Manual*" versus Capítulo 15, Sección 230.3.

Vea la instrucción oficial anexada al CR 7315. El anexo incluye la versión corregida del manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare Capítulo 5 – Parte B "Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services"; Sección 20.2 "Reporting of Service Units with Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)".

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7315.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7315, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2160CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2160, CR 7315

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.

Actualizaciones del Medicare Benefit Policy Manual para los servicios paliativos -- nuevos requisitos de certificación y condiciones de participación revisadas.

Número de *MLN Matters*: MM7337 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7337
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R141BP
 Fecha de implementación: 23 de marzo de 2011

Resumen

La petición de cambio (CR) 7337, de la cual se toma este artículo, anuncia los cambios/clarificaciones en el Medicare Benefit Policy Manual, incluyendo las actualizaciones a la sección de servicios paliativos Conditions of Participation (CoP) (relacionados a luto, el establecimiento del plan de cuidado, requisitos de personal, requisitos de contratación de médicos, servicios principales, y servicios

secundarios), y la sección de certificación, junto con algunas modificaciones técnicas menores.

Usted debe asegurarse que estas clarificaciones son incorporadas en la atención de los pacientes de servicios paliativos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7337.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7337, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R141BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 141, CR 7337

Especificaciones de abril de 2011 del editor de código integrado de paciente ambulatorio, versión 12.1

Número de *MLN Matters*: MM7344
 Número de petición de cambio relacionado: 7344
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2172CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

La orden de cambio (CR) 7344 describe cambios al editor de código integrado de paciente ambulatorio (I/OCE) y al sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio (OPPS) a ser implementados en las actualizaciones de abril de 2011.

Nota: La lista completa de las especificaciones de I/OCE, puede ser encontrada en <http://www.cms.gov/OutpatientCodeEdit/> en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

A continuación un resumen de los cambios:

- Cambios a Healthcare Common Procedures Coding System (sistema de códigos de procedimientos comunes en el cuidado de la salud, HCPCS)/ambulatory payment classification (clasificación de pago (por servicio) ambulatorio, APC)/status indicator (indicador de estatus, SI);
- Retira el código 88177 de *Current Procedural Terminology (CPT)* de la lista de procedimientos solamente para mujeres. Es afectada la edición 8;
- Agrega el Nuevo modificador "33" a la lista de modificadores válidos. Es afectada la edición 22;
- Implementa versión 17.0 de la National Correct Coding Initiative (iniciativa nacional de codificación correcta, NCCI). Son afectadas las ediciones 19, 20, 39 y 40; y
- Crea versiones que cumplen con el punto 508 de las especificaciones y resumen de documentos de cambio de datos para publicación en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7344.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7344, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2172.pdf>.

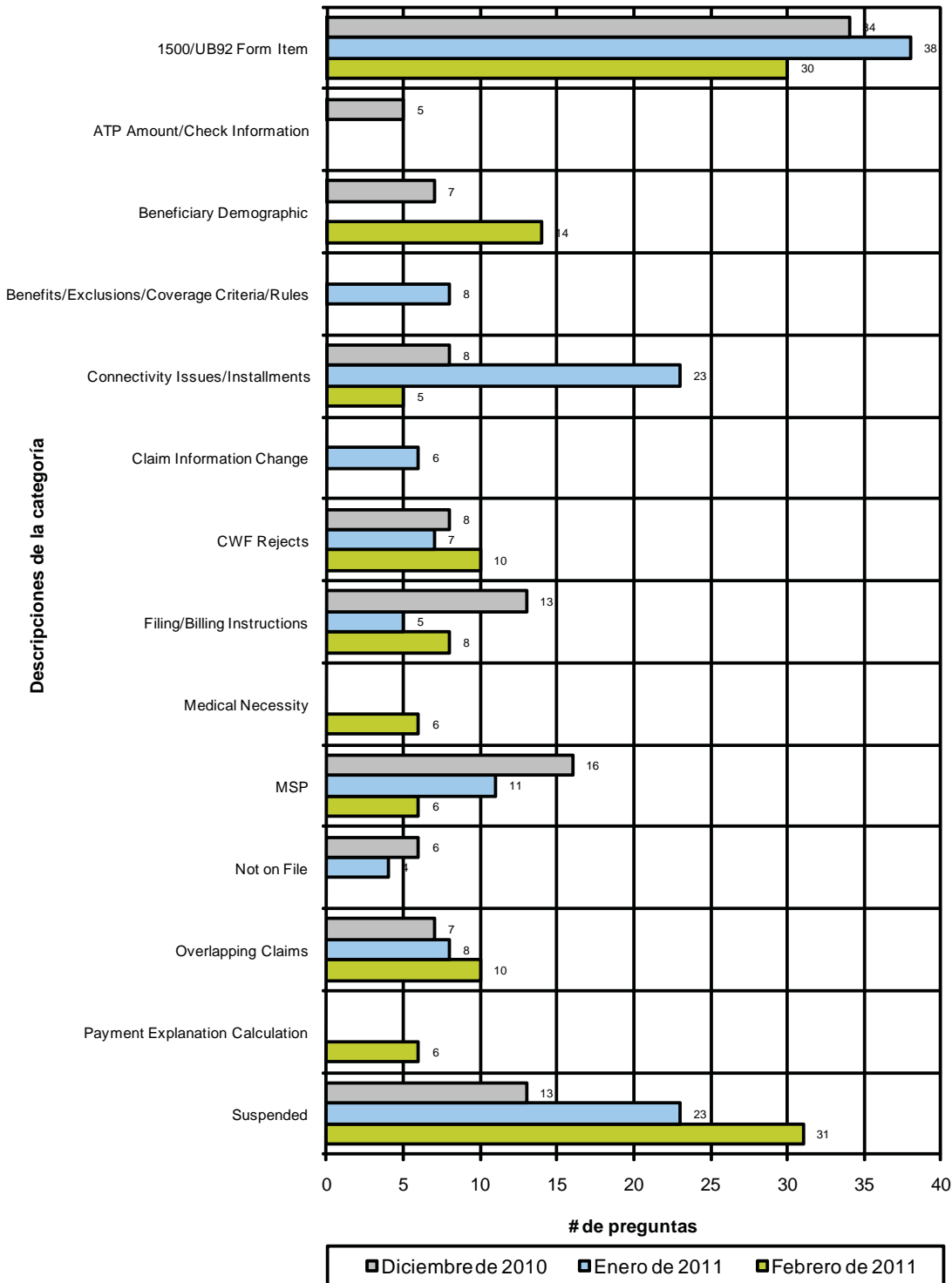
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2172, CR 7344

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

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

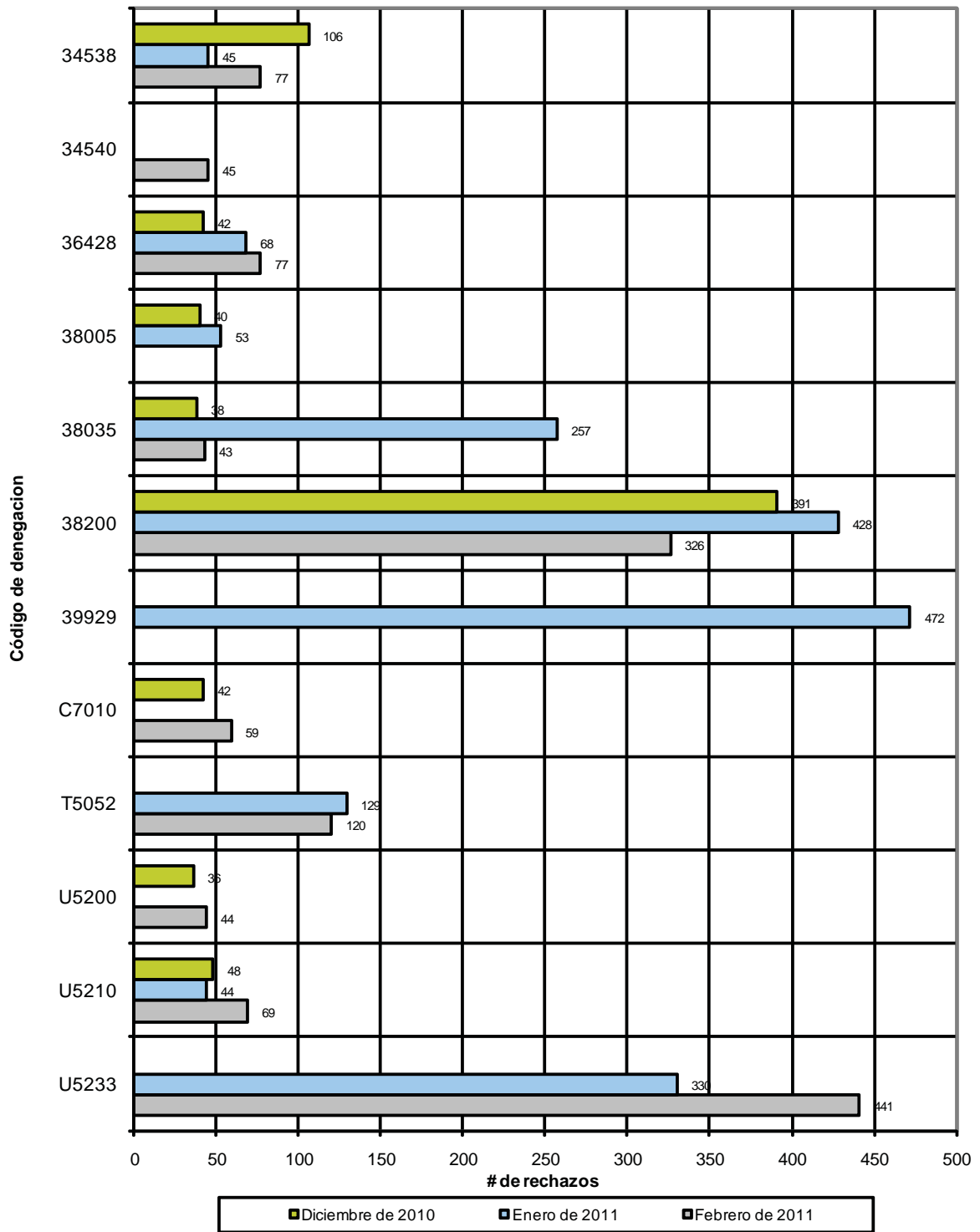
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de diciembre de 2010-febrero de 2011. Para consejos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



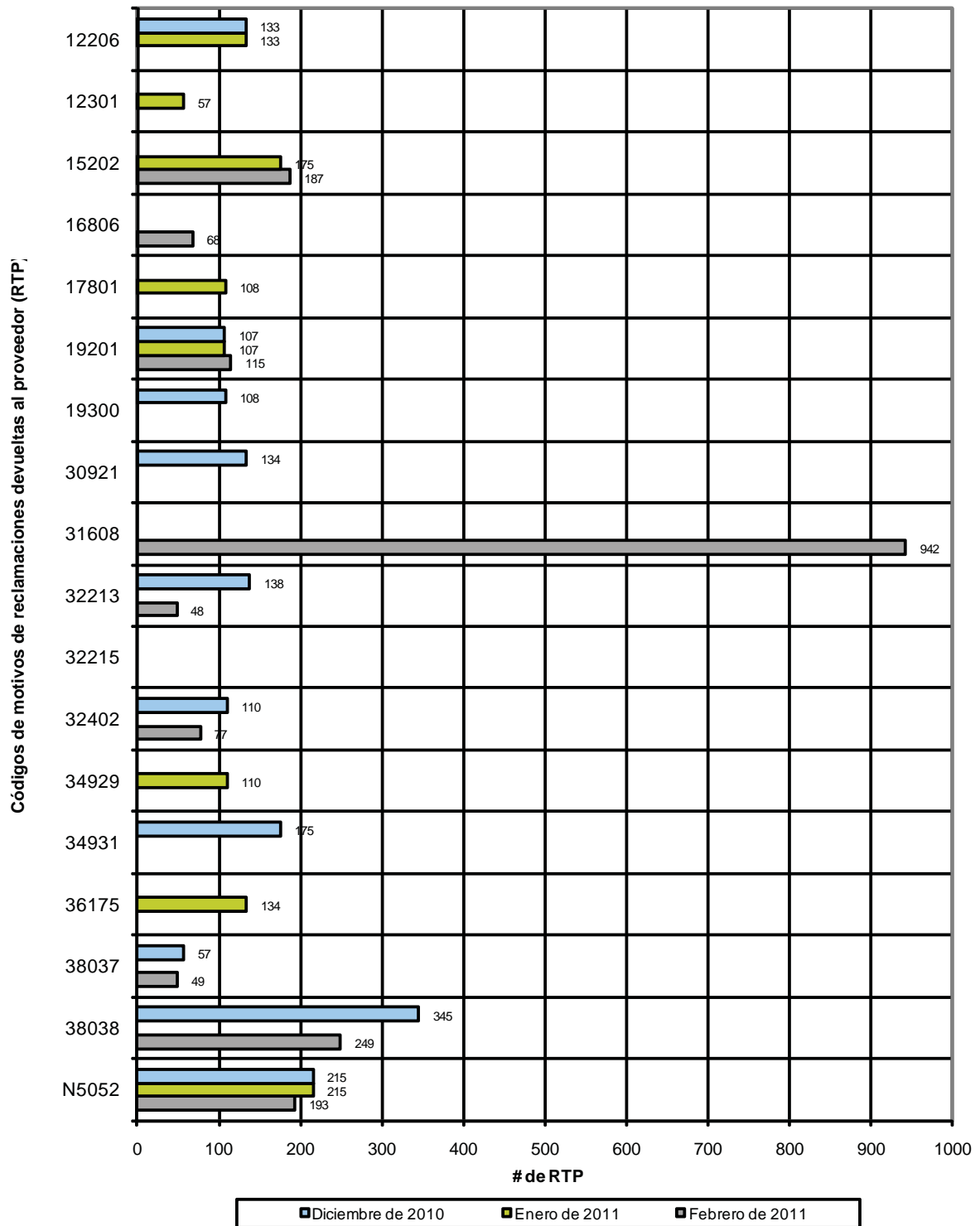
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en diciembre de 2010-febrero de 2011



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

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

AJ1459: Intravenous immune globulin	45
ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins	45
ASKINSUB: Sin substitutes	46

Información Médica Adicional

J1740: Boniva® (ibandronate sodium)	46
64999: Blood brain barrier osmotic disruption for treatment of brain tumors	48

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

AJ1459: Intravenous immune globulin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28895 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para intravenous immune globulin ha sido revisada el 1 de octubre de 2010. Desde entonces esta LCD ha sido revisada para agregar un requisito de diagnóstico dual para códigos ICD-9-CM 279.00 (Hypogammaglobulinemia, no especificada) y V87.41 (historial personal de quimioterapia antineoplásica) bajo los códigos ICD-9 de la sección de la LCD ‘Apoyo a la necesidad médica’. También fue actualizado el anexo “Coding Guidelines” para agregar el requisito de diagnóstico dual. Además en la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” se agregaron nuevas indicaciones fuera de etiqueta para pacientes de Hypogammaglobulinemia y NNI (infección no neutropénica) inducida por ciertos agentes de quimioterapia.

Debe cumplirse con todos los criterios siguientes:

1. Tratamiento reciente con rituximab en combinación con quimioterapia citotóxica.
2. Hypogammaglobulinemia probada en laboratorio y cuenta absoluta de neutrophil superior a 1,000.
3. Infección aguda que requiere hospitalización o infección que haya durado más de dos semanas a pesar de los antibióticos o una infección que haya vuelto a presentarse inmediatamente después de la discontinuación de los antibióticos.
4. Dosis: 400-600 mg/kg por una vez que puede ser repetida a intervalos estándares en base a la evaluación del laboratorio de los niveles IG y la persistencia de la infección no neutropénica.

Fecha de vigencia

Las revisiones a la LCD mencionadas más arriba, están vigentes para reclamaciones procesadas **a partir del 7 de abril de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database (base de datos de cobertura médica) de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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

ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28788 (Florida)

Identificador de LCD: L28790 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para botulinum toxins ha sido revisada el 13 de septiembre de 2010. Desde entonces esta LCD ha sido revisada varias veces.

- La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity, (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)”, de la LCD, ha sido revisada en la parte “Food and Drug Administration (FDA) Indications (pautas de la FDA) para Botox®”, para agregar: profilaxis de dolor de cabeza en adultos pacientes de migraña crónica (> 15 días al mes con dolor de cabeza durante 4 o más horas al día). La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity (códigos en apoyo de necesidad médica)” de la LCD ha sido revisada en la parte “Procedure Code (código de procedimiento) J0585-Inyección, onabotulinumtoxina, 1 unidad” para agregar los códigos ICD-9-CM 346.71 y 346.73, y la sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD también ha sido revisada en relación con esta nueva indicación de Botox® aprobada por FDA.

Fecha de vigencia

Las revisiones a la LCD mencionadas más arriba, están vigentes para reclamaciones procesadas **a partir del 10 de marzo de 2011**, por servicios prestados **a partir del 15 de octubre de 2010**.

- La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, ha sido revisada para agregar texto referente a incobotulinumtoxina (Xeomin®) y fue agregada una nueva sección “FDA Indications for Xeomin®”. Fue revisada la sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD para agregar el código HCPCS J3590 – biológicos no clasificados y el código HCPCS C9278 - Inyección, incobotulinumtoxin A, 1 unidad (solamente para ASC). La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, ha sido revisada para agregar una nueva sección, “código HCPCS J3590 – incobotulinumtoxina (Xeomin®)-vigente desde el 30 de julio de 2010 y código HCPCS C9278 – Inyección, incobotulinumtoxin a, 1 unidad (solamente ASC)-vigente desde el 01/01/11”. Además, ha sido actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y base para toma de decisiones)” de la LCD. También fue revisado el anexo de pautas de codificación “Coding guidelines” de la LCD para agregar información de codificación y facturación de incobotulinumtoxina (Xeomin®).

ABOTULINUM TOXINS ... (continuación)

Fecha de vigencia

Las revisiones a la LCD mencionadas más arriba, están vigentes para reclamaciones procesadas **a partir del 10 de marzo de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 30 de julio de 2010**, para código HCPCS J3590 y reclamaciones procesadas a partir del 10 de marzo de 2011, para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011, para código HCPCS C9278. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database (base de datos de cobertura médica) de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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.

ASKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28985 (Florida)

Identificador de LCD: L29327 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para "skin substitutes" fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2011. Desde ese tiempo, bajo la sección "CPT/HCPCS Codes" de la LCD, el lenguaje fue revisado/añadido para clarificar que los nuevos servicios deben ser evaluados por First Coast Service Options Inc. (FCSO) contratista administrativo de Medicare (MAC) jurisdicción 9 (J9) para determinar si son médicamente razonables y necesarios, y que los códigos HCPCS que no son pagables por separado son considerados "productos que no son médicamente razonables y necesarios". En adición, la información fue añadida sobre una notificación anticipada al beneficiario (ABN).

Fecha de vigencia

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

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.

Información Médica Adicional

J1740: Boniva® (ibandronate sodium) vulnerabilidad del programa de inyección

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en Miami Field Office identificaron recientemente una vulnerabilidad del programa relacionada al uso de Boniva® Injection administrada intravenosamente a los pacientes del sexo masculino para la prevención y tratamiento de osteoporosis. Los pacientes reportados que reciben inyecciones de Boniva® (intravenosa - IV) en vez de medicamentos orales para el tratamiento de osteoporosis aun cuando no habían contraindicaciones a la administración de medicamentos orales, incluyendo Boniva® oral. Según se informa, se les dio a los pacientes Boniva® IV como profilaxis para osteoporosis. Algunos pacientes que recibieron Boniva® IV reportaron que tenían densidad mineral ósea normal según los resultados de la pruebas, mientras que otros se les dijo que se les había dado Boniva® IV para osteopenia, en vez de osteoporosis. Los pacientes también reportaron que no se les ofreció otras alternativas de tratamiento que son aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para los pacientes del sexo masculino con osteoporosis.

La inyección de Boniva® (ibandronate sodium) es un bifosfonato que contiene nitrógeno que inhibe la reabsorción mediada osteoclasto del hueso. La inyección de Boniva® es administrada intravenosamente y es aprobada por la FDA para el tratamiento de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Para que sea cubierta por Medicare, un medicamento o producto biológico debe ser seguro y efectivo y de otra forma razonable y médicamente necesario. Los medicamentos y productos biológicos aprobados para mercadeo por la FDA son considerados seguros y efectivos cuando son utilizados de acuerdo a las indicaciones especificadas en la etiqueta de la FDA. La etiqueta lista las indicaciones efectivas y seguras, dosis, y frecuencia de los agentes.

El *Medicare Benefit Policy Manual* de CMS, Pub. 100-02, capítulo 15, Sección 50 indica lo siguiente:

El programa de Medicare provee beneficios limitados para medicamentos ambulatorios que son prestados "subordinados a los servicios de un médico" provisto que los medicamentos no son usualmente autoadministrados por los pacientes que los ingieren. Generalmente, los medicamentos y productos biológicos son cubiertos solamente si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Cumplen con la definición de medicamentos o productos biológicos;

J1740: BONIVA® ... (continuación)

- Son del tipo que no son usualmente autoadministrados;
- Cumplen con todos los requisitos generales para la cobertura de los artículos como servicios subordinados a un médico;
- Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o herida para la cual son administrados de acuerdo a los estándares aceptados de práctica médica;
- No son excluidos como inmunizaciones no cubiertas; y
- No han sido determinados por la FDA como menos efectivos.

La Sección 50.2 del capítulo arriba provee una guía para determinar la autoadministración de un medicamento o producto biológico y ayudar con la interpretación del requisito de Medicare de que el medicamento “no sea usualmente autoadministrado por el paciente”. Esta sección refleja adicionalmente lo siguiente:

Los contratistas deben continuar aplicando la póliza de que no solamente el medicamento es médicamente razonable y necesario para cualquier reclamación individual, sino que también la ruta de administración sea médicamente razonable y necesaria. Esto es, si un medicamento está disponible en forma oral e inyectable, la forma inyectable del medicamento debe ser médicamente razonable y necesaria comparada al usar la forma oral.

El siguiente extracto del *Medicare Program Integrity Manual*, Pub. 100-08, capítulo 13, Sección 13.5.1 indica lo siguiente:

Para ser cubierto bajo Medicare un servicio será razonable y necesario. Los contratistas considerarán un servicio como razonable y necesario si el contratista determina que el servicio es cualquiera de lo siguiente:

- Seguro y efectivo; y
- No es experimental o de investigación; y
- Apropiado, incluyendo la duración y frecuencia que es considerada apropiada para el servicio, en términos de si es:
 1. Solicitado de acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica para el diagnóstico o tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de un miembro del cuerpo malformado;
 2. Solicitado en un ambiente apropiado a las necesidades y condición del paciente;
 3. Ordenado y prestado por personal calificado;
 4. Uno que cumple, pero que no excede, la necesidad médica del paciente; y
 5. Al menos tan beneficioso como una alternativa existente y disponible médicamente apropiada.

En adición a las indicaciones aprobadas por la FDA, Medicare puede considerar cobertura de usos sin etiqueta basado en la guía provista en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, capítulo 15, Sección 50.4.2. Esta sección del manual indica lo siguiente:

Uso del medicamento sin etiqueta:

Los medicamentos aprobados por la FDA utilizados para indicaciones que no sean para lo que se indica en la etiqueta oficial pueden ser cubiertos bajo Medicare si el carrier determina que el uso es médicamente aceptado, tomando en consideración el compendio de medicamentos importantes, literatura médica autoritativa y/o estándares aceptados de práctica médica.

Estas decisiones son tomadas por el contratista en una base de caso individual.

El Compendio de Farmacología Clínica lista las siguientes indicaciones sin etiqueta para inyección de Boniva®:

- Enfermedad de Paget,
- Metástasis osteolíticas en pacientes con cáncer de próstata,
- Hipercalcemia de malignidad, y
- Osteoporosis de corticosteroides inducida.

Basado en los hallazgos de Miami Field Office de CMS los cuales indican que Medicare está realizando pagos de reclamaciones de pacientes del sexo masculino que están recibiendo Boniva® IV que no cumplen la etiqueta de la FDA o las indicaciones sin etiqueta del compendio aprobado, una modificación de prepago será implementada en el futuro cercano. La modificación de prepago resultará en solicitudes de registros médicos para las reclamaciones de Boniva® IV para permitir la revisión de documentación de registro médico antes del pago a los pacientes del sexo masculino. First Coast Service Options Inc. (FCSO) anticipa la publicación de un borrador de la determinación local de cobertura (LCD) más tarde este año para los medicamentos usados en el tratamiento de osteoporosis el cual definirá las indicaciones y limitaciones de cobertura de FCSO para estos medicamentos. Mientras tanto, los proveedores de Medicare deben asegurar que las reclamaciones presentadas a Medicare para Boniva® IV cumplen los requisitos de CMS relacionados a intravenosa versus administración oral y que los pacientes cumplen con la etiqueta de la FDA o indicaciones sin etiqueta del compendio aprobado por CMS.

Los proveedores puede que hayan recibido recientemente solicitudes d registros de reclamaciones de Boniva® IV para pacientes del sexo masculino y femenino. El proveedor debe responder a estas solicitudes de documentación y presentar registros médicos que sustenten los servicios facturados al programa de Medicare.

64999: Blood brain barrier osmotic disruption for treatment of brain tumors – determinación nacional de cobertura

La determinación nacional de cobertura (NCD) para “blood brain barrier osmotic disruption for treatment of brain tumors” (*Medicare National Coverage Determinations Manual*, Pub. 100-03, capítulo 1, Sección 110.20) fue efectiva para los servicios provistos a partir del 20 de marzo de 2007. De acuerdo a la NCD, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) determinaron que el uso de la interrupción de la barrera de sangre osmótica del cerebro no es razonable y necesario cuando es usado como parte de un tratamiento del régimen para tumores del cerebro. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha identificado los siguientes diagnóstico como no razonable y necesario en esta NCD.

191.0-191.9 (Malignant neoplasm of brain)

198.3 (Secondary malignant neoplasm of brain and spinal cord)

Fecha de vigencia

Este artículo sirve como una notificación de 45 días de que la interrupción de la barrera de sangre osmótica del cerebro no es considerada razonable y necesaria cuando es facturada con los diagnósticos 191.0-191.9 o 198.3 efectivo para los servicios provistos **a partir del 22 de abril de 2011.**

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		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

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

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

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

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

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

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

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

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

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

1-904-361-0407

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

FACTURACIÓN

Actualización trimestral de abril para revisar la iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM7331
 Número de petición de cambio relacionado: 7331
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2179CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Este artículo es un recordatorio a los médicos de la actualización trimestral de revisiones de la iniciativa de codificación correcta (CCI). La publicación trimestral previa fue emitida en enero de 2011.

El conjunto de revisiones de CCI más reciente, entrará en vigencia el 1 de abril de 2011, e incluye todas las versiones y actualizaciones anteriores, desde el 1 de enero de 1996 hasta el día de hoy.

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.

Hay información adicional disponible acerca de CCI, incluyendo la CCI actual y revisiones mutuamente excluyentes, en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7331.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7331, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2179CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2179, CR 7331

Pagos incorrectos de Medicare por servicios de inyección de transforaminal epidural

Número de *MLN Matters*: SE1102
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

El Office of the Inspector General (la Oficina del Inspector General, OIG) ha realizado un estudio enfocado en inyección de transforaminal epidurales del año 2007. OIG hizo esto de la manera siguiente: 1) revisando los registros médicos de un ejemplo de reclamaciones médicas de Medicare de 2007; 2) revisando las políticas de Medicare en relación al resguardo de servicios de inyección de transforaminal epidural, y 3) por medio de entrevistas telefónicas al personal de contratistas de Medicare.

El estudio encontró que en 2007:

1. Treinta y cuatro por ciento de los servicios de inyección de transforaminal epidural autorizados por Medicare, no cumplen con los requisitos de Medicare.
2. Diecinueve por ciento de los servicios de inyección de transforaminal epidural tenían algún error de documentación con diez por ciento de esos servicios indocumentados y nueve por ciento documentados de manera insuficiente.
3. Trece por ciento de los servicios de inyección tenían algún error de necesidad médica y ocho por ciento contenían errores de codificación ocasionando que se pagara de más por servicios mal codificados.

Nota: Los errores de documentación encontraron que el 41 por ciento de todos los errores, ocurren en el consultorio del médico, comparado con el 28 por ciento que ocurren en establecimientos de cuidados de la salud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1102.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1102

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.

PROGRAMAS DE INCENTIVO

Recordatorio del programa: incentivo de prescripción electrónica (eRx) de 2011 – evitando 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 exige 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: Él/ella debe reportar (G8644) por lo menos una vez acerca de una reclamación elegible anterior al 30 de junio de 2011.
 - No tiene 100 casos, por lo menos, que contengan un código de encuentro en el denominador de medición.
 - Llega a ser un usuario de prescripción electrónica, y
 - Reporta eRx por al menos 10 eventos únicos de eRx para pacientes dentro del denominador.
- Profesionales asociados – los profesionales asociados participantes en eRx GPRO I o GPRO II durante 2011, deben hacerse usuarios de prescripción electrónica.
 - Dependiendo de su tamaño, el grupo de profesionales asociados debe reportar la medición de eRx para 75-2,500 eventos únicos de eRx en el denominador de la medición.

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

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

Fuente: CMS PERL 201003-37

Programa de pago de incentivo para los servicios del cuidado primario

Número de *MLN Matters*: MM7060 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7060
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2161CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

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

Para los servicios del cuidado primario prestados a partir del 1 de enero de 2011, y antes del 1 de enero de 2016, un pago de incentivo del 10 por ciento será provistos a los profesionales de la salud del cuidado primario, identificados como(1) en el caso de médicos, inscritos en Medicare con una designación de especialidad de 08-family practice, 11-internal medicine, 37-pediatrics, o 38-geriatrics; o (2) en el caso de profesionales de la salud, inscritos en Medicare con una designación de especialidad del cuidado primario de 50

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

El archivo de elegibilidad de PCIP que contiene una lista de los NPI de los proveedores que pueden ser pagados el incentivo de la atención primaria están disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/PCIP/190103.zip>.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7060, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2161CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2161, CR 7060

Elegibilidad de PCIP para los nuevos proveedores de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7267
 Número de petición de cambio relacionado: 7267
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2152CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La Sección 5501(a) del Affordable Care Act revisó la Sección 1833 del Social Security Act (el Acta) al añadir un nuevo párrafo estableciendo que en el caso de los servicios de atención primaria prestados a partir del 1 de enero de 2011, y antes del 1 de enero de 2016, por un practicante del cuidado primario, también será pagado en una base trimestral una cantidad igual al 10 por ciento de la cantidad de pago para tales servicios pagados bajo la tarifa fija del médico. Esto se conoce como el programa de incentivo de pago de la atención primaria (PCIP).

La petición de cambio (CR) 7267 enmienda el PCIP para incluir participación para los practicantes inscritos en Medicare recientemente que no tiene un historial previo de dos años con el cual determinar elegibilidad.

Para el 28 de noviembre del año de pago de PCIP, los carriers y los contratistas administrativos de Medicare A/B publicarán el "PCIP Payment for New Providers Enrolled in Medicare File" en sus sitios Web.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7267.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7267, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2152CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2152, CR 7267

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 programa de prescripción médica electrónica 2011 – ajustes de pago futuro

Número de *MLN Matters*: SE1107

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 profesionales elegibles que no son prescriptores electrónicos exitosos pueden estar sujetos a ajustes de pago en sus servicios profesionales futuros cubiertos bajo la tarifa fija para médicos de Medicare Parte B.

La Sección 132 del Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) autoriza a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) aplicar este ajuste de pago ya sea que los profesionales elegibles estén planeando participar en el programa de prescripción médica electrónica (eRx).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1107.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1107

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 resumida acerca de PCIP de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1109

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: 1 de enero de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han compilado una lista de preguntas y respuestas para responder las indagaciones recibidas acerca del programa de pagos de incentivo por atención médica primaria (PCIP).

El artículo también contiene detalles y enlaces a una variedad de artículos publicados por CMS con información de la Sección 5501(a) de la Affordable Care Act, que dispone un pago de incentivo por servicios de atención médica primaria provistos entre el 1 de enero de 2011 y el 1 de enero de 2016, por un médico (u otro profesional de la salud, NPP) que presta servicios de atención médica primaria. Estos artículos explican la manera en que el programa paga el incentivo por atención médica primaria a los médicos y NPP, incluyendo los que se han inscrito recientemente, quienes proveen atención médica primaria en varios establecimientos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1109.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1109

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.

INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR

Procedimientos de inscripción para acreditación de proyección de imagen de diagnóstico avanzado

Número de *MLN Matters*: MM7177

Número de petición de cambio relacionado: 7177

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2011

Fecha de efectividad: 12 de junio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R369PI

Fecha de implementación: 12 de junio de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han dado su aprobación a tres organizaciones nacionales de acreditación (AO) de suplidores de componentes técnicos (TC) de servicios de proyección de imagen de diagnóstico avanzado.

Deben acreditarse solamente los suplidores de proyectores de imagen y no los médicos que las interpretan. Esta acreditación corresponde solamente a aquellos que reciben pago bajo el catálogo de Tarifas fijas de Medicare.

Los médicos y otros profesionales de la salud y los establecimientos independientes de pruebas de diagnóstico (IDTF) que presentan reclamaciones por TC (componentes técnicos) de servicios de proyección de imagen de diagnóstico avanzado para beneficiarios de Medicare, deben estar acreditados para el 1 de enero de 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7177.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7177, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R369PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 369, CR 7177

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

Hoja informativa revisada 'Ambulatory Surgical Center Fee Schedule' disponible en formato impreso

La publicación revisada titulada "Ambulatory Surgical Center Fee Schedule" (revisada en enero 2011) está disponible en formato impreso. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre la tarifa fija de los centro de cirugía ambulatoria (ASC) e incluye información sobre la definición de un ASC, pago ASC, y cómo los índices de pago son determinados. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque abajo en su pantalla "Related Links Inside CMS" y seleccione "MLN Product Ordering Page".

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

Fuente: CMS PERL 201003-32

Está disponible la página Web Physician Compare Initiative

La página Web Physician Compare Initiative (iniciativa de comparación de médicos) es un recurso relacionado con el sitio Web Physician Compare, de manera específica para médicos y otros profesionales de la salud elegibles. La página Web contendrá información considerada de interés para la comunidad de profesionales del cuidado de la salud, incluyendo foros auspiciados por CMS y enlaces a otros recursos disponibles.

El sitio Web Physician Compare fue lanzado el 30 de diciembre de 2010, para cumplir requisitos establecidos por la Sección 10331 de la Patient Protection and Affordable Care Act of 2010. Para mayor información sobre dicho sitio Web, visite <http://www.medicare.gov/find-a-doctor/provider-search.aspx>.

Para más información sobre Physician Compare Initiative, visite http://www.cms.gov/physician-compare-initiative/01_overview.asp.

Esta nueva página Web será actualizada regularmente, de manera que véala con frecuencia para obtener información confiable y oportuna de CMS.

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

Fuente: CMS PERL 201003-36

Modificando cambios a ciertos servicios de patología y nuevos mensajes

Número de *MLN Matters*: MM7061

Número de petición de cambio relacionado: 7061

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

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: R705OTN

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Nota: Este artículo fue rescindido el 17 de febrero de 2011, puesto que la petición de cambio (CR) 7061 fue rescindida. El CR no será reemplazado por ahora.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7061.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7061, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R705OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 705, CR 7061

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

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

First Coast Service Options (FCSO) Inc. se enorgullece de su exclusiva hoja de cálculo interactiva de E/M, disponible en <http://medicareespanol.fcs.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.fcs.com/Comentarios/161119.asp>.

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7266 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7266
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2187CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

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

Para las fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2011, las reclamaciones que utilizan el código G0431QW serán denegadas. Efectivo el 1 de enero de 2011, el código G0430 ha sido eliminado y reemplazado con el código G0434. Por lo tanto, el código G0434QW reemplaza G0430QW en la lista anexada a la petición de cambio (CR) 7266.

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7266.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7266, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2187CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2187, CR 7266

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.

Actualizaciones a las modificaciones del Clinical Laboratory Improvement Amendments

Número de *MLN Matters*: MM7277
 Número de petición de cambio relacionado: 7277
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2156CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Para asegurar que Medicare & Medicaid solamente pagan para las pruebas de laboratorio realizadas en centros certificados, cada reclamación para un código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que es considerado una prueba de laboratorio CLIA, es modificado actualmente al nivel de certificado CLIA. Los códigos HCPCS que son considerados una prueba de laboratorio bajo CLIA cambian cada año.

Este artículo describe los códigos que fueron descontinuados el 31 de diciembre de 2010, y nuevos códigos añadidos para el 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7277.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7277, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2156CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2156, CR 7277

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

La importancia de codificar correctamente el lugar de servicio por médicos y sus agentes de facturación

Número de *MLN Matters*: SE1104

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 servicios médicos pueden ser provistos en lugares tales como departamentos de pacientes ambulatorios de los hospitales y centros independientes de cirugía ambulatoria (ASC), o en lugares fuera del establecimiento, tales como el consultorio del médico, centros de cuidados de urgencia y clínicas independientes.

El catálogo de tarifas médicas fijas de Medicare está basado en un sistema de pago que incluye tres categorías principales de costo con respecto a la prestación de servicios médicos: gastos de práctica médica, trabajo del médico y seguro de mala práctica.

El Office of the Inspector General (la Oficina del Inspector General, OIG) encontró en una auditoría realizada, que en muchas instancias, los médicos están codificando el lugar de servicio (POS) de manera incorrecta. Específicamente, en muchas de las reclamaciones auditadas, los médicos utilizan códigos de fuera del establecimiento en sus reclamaciones por servicios que fueron realmente realizados en los departamentos de paciente ambulatorio de un hospital o en un ASC. Esto conduce a pagos excesivos por parte de Medicare en estas reclamaciones, de manera que es de suma importancia codificar correctamente y evitar que se pague de más.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1104.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1104

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

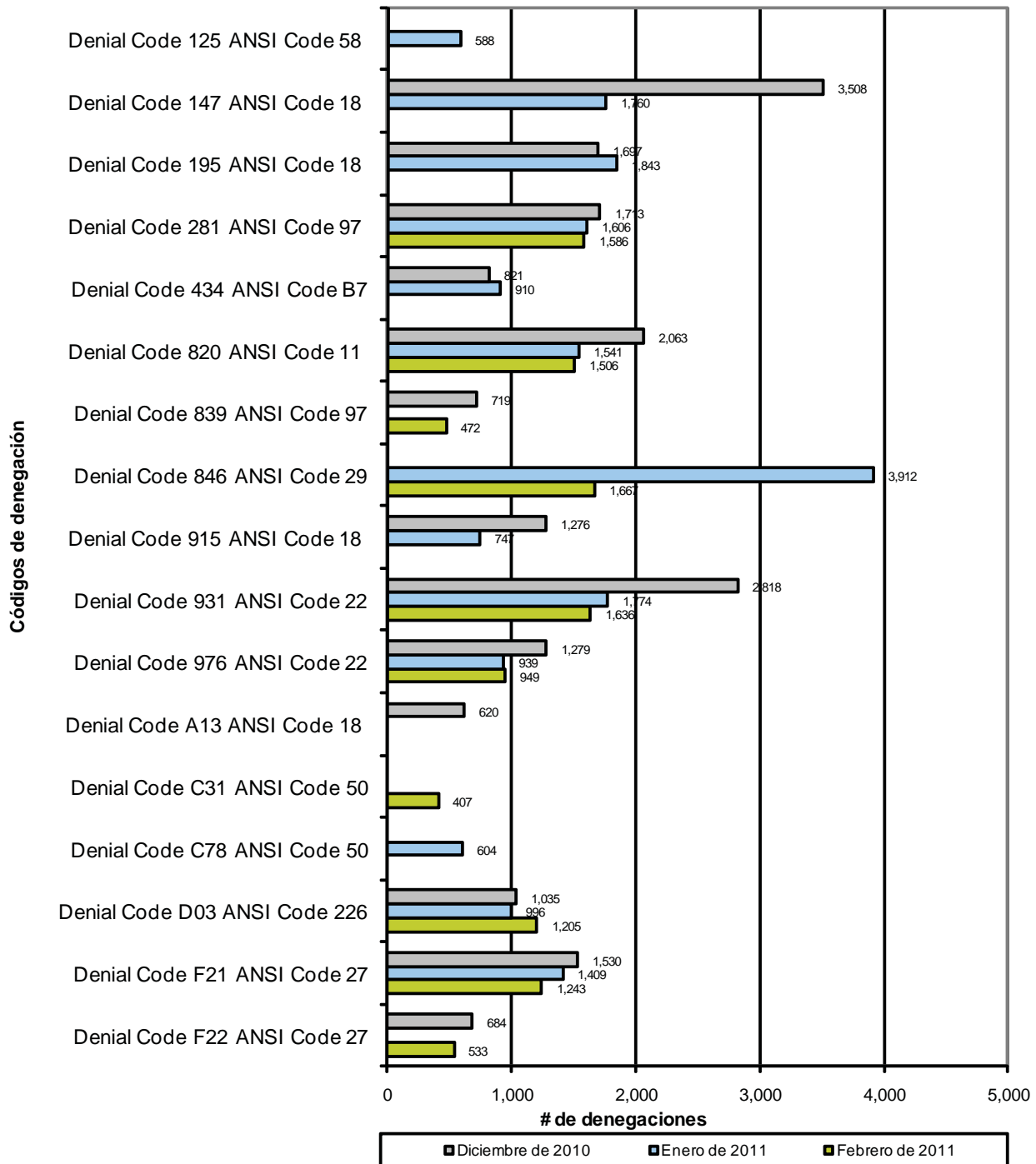
Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

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

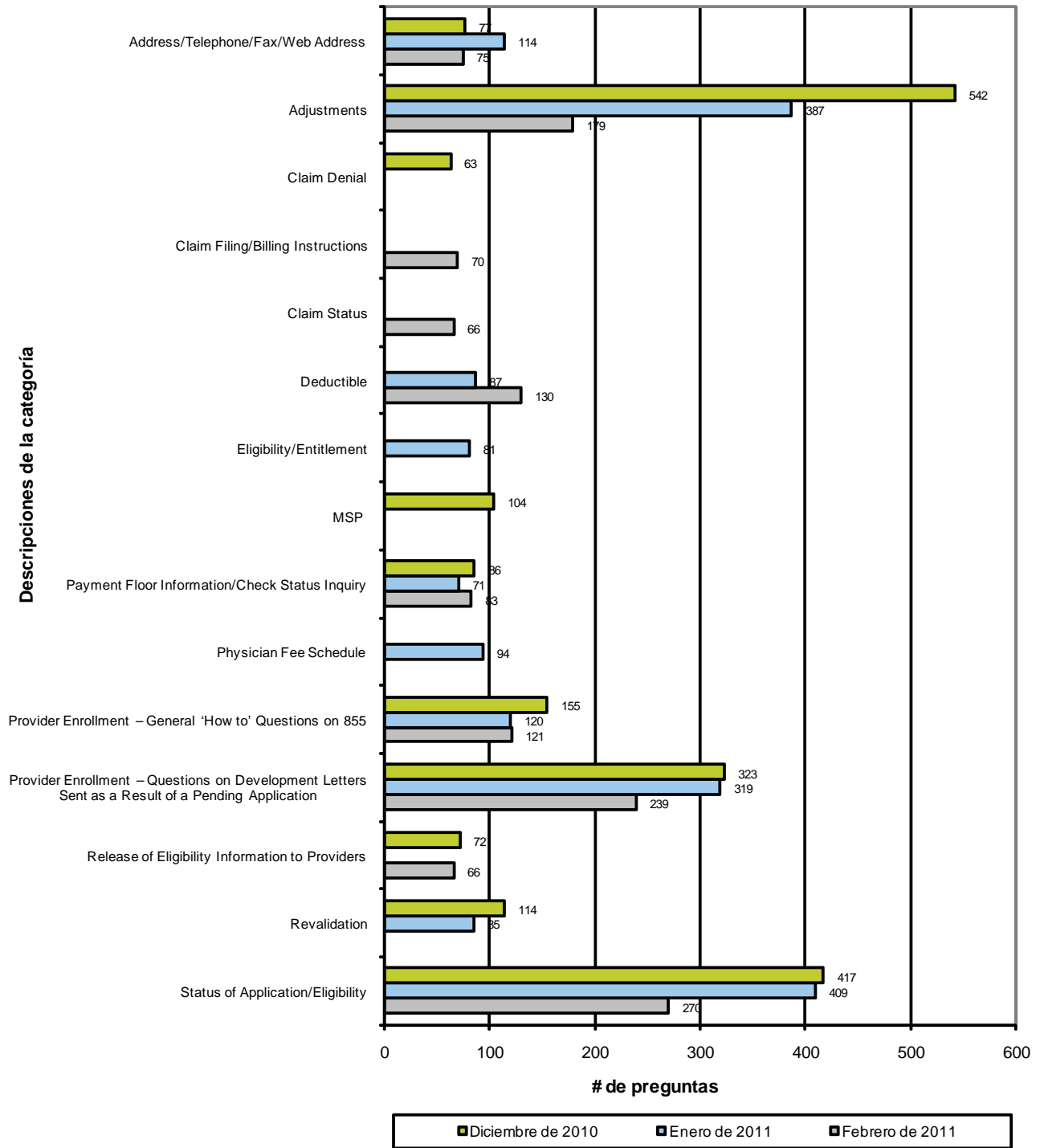
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de diciembre de 2010-febrero de 2011. Para consejos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

Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en diciembre de 2010-febrero de 2011



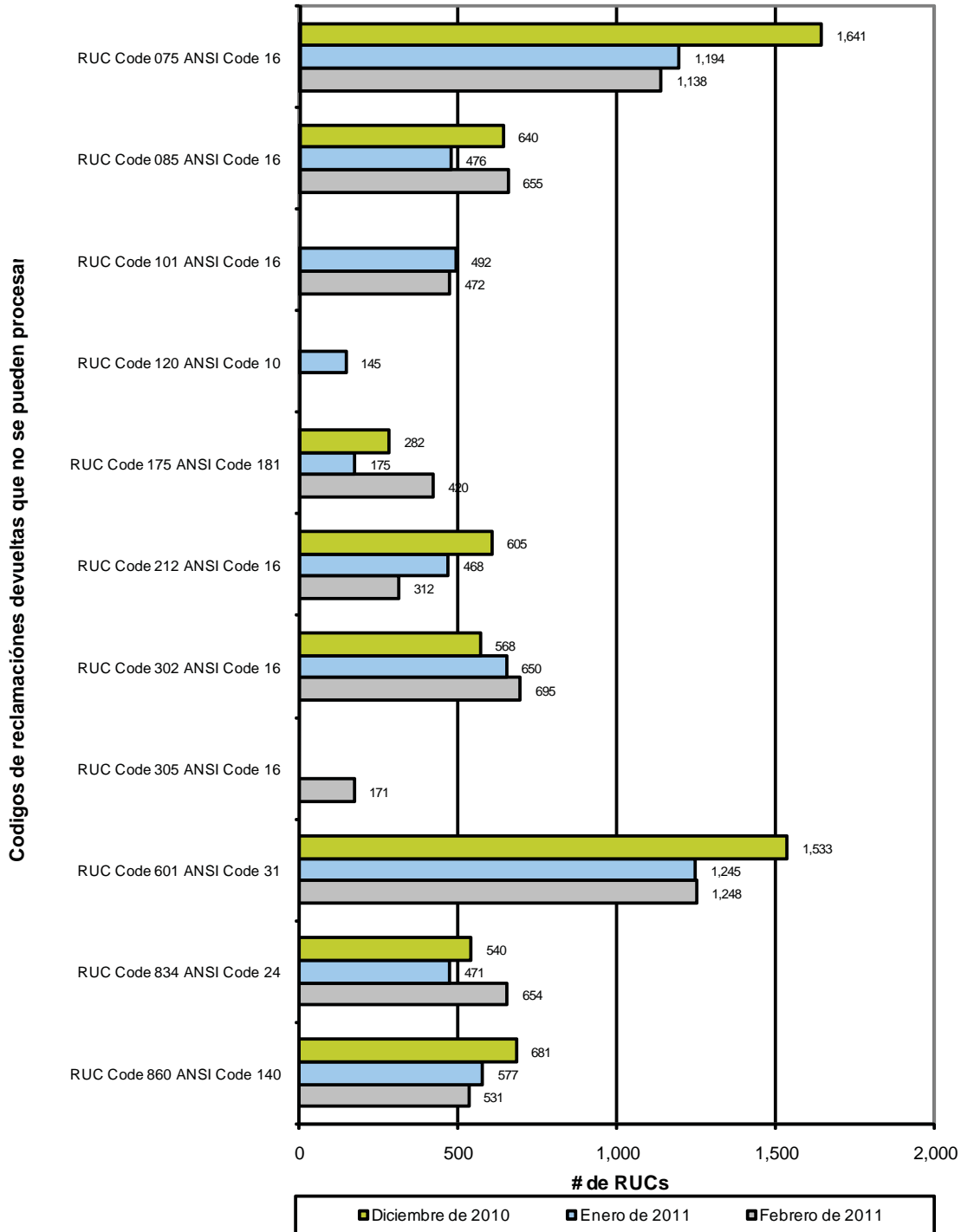
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

**Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico
en diciembre de 2010-febrero de 2011**



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

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en diciembre de 2010-febrero 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

J1459: Intravenous immune globulin.....	63
J1740: Boniva® (ibandronate sodium)	63
NCSVCS: Noncovered services	65
BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins	65
IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF).....	66
SKINSUB: Skin substitutes	66

Información Médica Adicional

96521: Refilling and maintenance of portable pump.....	67
64999: Blood brain barrier osmotic disruption for treatment of brain tumors	68
J0600: Injection, edetate calcium disodium, up to 1000 mg.....	68
G0431: Qualitative drug screening	68

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

J1459: Intravenous immune globulin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29205 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para intravenous immune globulin ha sido revisada el 1 de octubre de 2010. Desde entonces, ha sido revisada para agregar un requisito de diagnóstico dual para códigos ICD-9-CM 279.00 (Hypogammaglobulinemia, unspecified) y V87.41 (Personal history of antineoplastic chemotherapy) bajo códigos ICD-9 de la sección ‘Support Medical Necessity (apoyo de necesidad médica)’, de la LCD. El anexo ‘Coding Guidelines’ también fue actualizado para incluir un nuevo requisito de diagnóstico dual. Además, bajo la sección ‘Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity, (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)’ de la LCD se agregaron nuevas indicaciones en la etiqueta para pacientes de Hypogammaglobulinemia y NNI (infección no neutropenic) inducida por ciertos agentes de quimioterapia.

Deben ser cumplidos todos los criterios siguientes:

1. Tratamiento reciente con rituximab en combinación con cytotoxic chemotherapy.
2. Prueba de laboratorio de hypogammaglobulinemia y cuenta absoluta de más de 1,000 neutrophil.
3. Infección aguda que necesite hospitalización o infección con más de dos semanas de duración a pesar de los antibióticos o una infección que regresa inmediatamente después de discontinuados los antibióticos.
4. Dosis: 400-600 mg/kg por una vez que puede ser repetida a intervalos estándares basados en la evaluación de laboratorio de niveles IG y persistencia de la infección no neutropenic.

Fecha de vigencia

Las revisiones a la LCD mencionadas más arriba, están vigentes para servicios prestados **a partir del 7 de abril de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database (base de datos de cobertura médica) de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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.

J1740: Boniva® (ibandronate sodium) vulnerabilidad del programa de inyección

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en Miami Field Office identificaron recientemente una vulnerabilidad del programa relacionada al uso de Boniva® Injection administrada intravenosamente a los pacientes del sexo masculino para la prevención y tratamiento de osteoporosis. Los pacientes reportados que reciben inyecciones de Boniva® (intravenosa - IV) en vez de medicamentos orales para el tratamiento de osteoporosis aun cuando no habían contraindicaciones a la administración de medicamentos orales, incluyendo Boniva® oral. Según se informa, se les dio a los pacientes Boniva® IV como profilaxis para osteoporosis. Algunos pacientes que recibieron Boniva® IV reportaron que tenían densidad mineral ósea normal según los resultados de la pruebas, mientras que otros se les dijo que se les había dado Boniva® IV para osteopenia, en vez de osteoporosis. Los pacientes también reportaron que no se les ofreció otras alternativas de tratamiento que son aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para los pacientes del sexo masculino con osteoporosis.

La inyección de Boniva® (ibandronate sodium) es un bifosfonato que contiene nitrógeno que inhibe la reabsorción mediada osteoclasto del hueso. La inyección de Boniva® es administrada intravenosamente y es aprobada por la FDA para el tratamiento de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Para que sea cubierta por Medicare, un medicamento o producto biológico debe ser seguro y efectivo y de otra forma razonable y médicamente necesario. Los medicamentos y productos biológicos aprobados para mercadeo por la FDA son considerados seguros y efectivos cuando son utilizados de acuerdo a las indicaciones especificadas en la etiqueta de la FDA. La etiqueta lista las indicaciones efectivas y seguras, dosis, y frecuencia de los agentes.

El *Medicare Benefit Policy Manual* de CMS, Pub. 100-02, capítulo 15, Sección 50 indica lo siguiente:

El programa de Medicare provee beneficios limitados para medicamentos ambulatorios que son prestados ‘subordinados a los servicios de un médico’ provisto que los medicamentos no son usualmente autoadministrados por los pacientes que los ingieren. Generalmente, los medicamentos y productos biológicos son cubiertos solamente si se cumplen todos los siguientes requisitos:

J1740: Boniva® (ibandronate sodium) ... (continuación)

- Cumplen con la definición de medicamentos o productos biológicos;
- Son del tipo que no son usualmente autoadministrados;
- Cumplen con todos los requisitos generales para la cobertura de los artículos como servicios subordinados a un médico;
- Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o herida para la cual son administrados de acuerdo a los estándares aceptados de práctica médica;
- No son excluidos como inmunizaciones no cubiertas; y
- No han sido determinados por la FDA como menos efectivos.

La Sección 50.2 del capítulo arriba provee una guía para determinar la autoadministración de un medicamento o producto biológico y ayudar con la interpretación del requisito de Medicare de que el medicamento “no sea usualmente autoadministrado por el paciente”. Esta sección refleja adicionalmente lo siguiente:

Los contratistas deben continuar aplicando la póliza de que no solamente el medicamento es médicamente razonable y necesario para cualquier reclamación individual, sino que también la ruta de administración sea médicamente razonable y necesaria. Esto es, si un medicamento está disponible en forma oral e inyectable, la forma inyectable del medicamento debe ser médicamente razonable y necesaria comparada al usar la forma oral.

El siguiente extracto del *Medicare Program Integrity Manual*, Pub. 100-08, capítulo 13, Sección 13.5.1 indica lo siguiente:

Para ser cubierto bajo Medicare un servicio será razonable y necesario. Los contratistas considerarán un servicio como razonable y necesario si el contratista determina que el servicio es cualquiera de lo siguiente:

- Seguro y efectivo; y
- No es experimental o de investigación; y
- Apropiado, incluyendo la duración y frecuencia que es considerada apropiada para el servicio, en términos de si es:
 1. Solicitado de acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica para el diagnóstico o tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de un miembro del cuerpo malformado;
 2. Solicitado en un ambiente apropiado a las necesidades y condición del paciente;
 3. Ordenado y prestado por personal calificado;
 4. Uno que cumple, pero que no excede, la necesidad médica del paciente; y

5. Al menos tan beneficioso como una alternativa existente y disponible médicamente apropiada.

En adición a las indicaciones aprobadas por la FDA, Medicare puede considerar cobertura de usos sin etiqueta basado en la guía provista en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, capítulo 15, Sección 50.4.2. Esta sección del manual indica lo siguiente:

Uso del medicamento sin etiqueta:

Los medicamentos aprobados por la FDA utilizados para indicaciones que no sean para lo que se indica en la etiqueta oficial pueden ser cubiertos bajo Medicare si el carrier determina que el uso es médicamente aceptado, tomando en consideración el compendio de medicamentos importantes, literatura médica autoritativa y/o estándares aceptados de práctica médica.

Estas decisiones son tomadas por el contratista en una base de caso individual.

El Compendio de Farmacología Clínica lista las siguientes indicaciones sin etiqueta para inyección de Boniva®:

- Enfermedad de Paget,
- Metástasis osteolíticas en pacientes con cáncer de próstata,
- Hipercalcemia de malignidad, y
- Osteoporosis de corticosteroides inducida.

Basado en los hallazgos de Miami Field Office de CMS los cuales indican que Medicare está realizando pagos de reclamaciones de pacientes del sexo masculino que están recibiendo Boniva® IV que no cumplen la etiqueta de la FDA o las indicaciones sin etiqueta del compendio aprobado, una modificación de prepago será implementada en el futuro cercano. La modificación de prepago resultará en solicitudes de registros médicos para las reclamaciones de Boniva® IV para permitir la revisión de documentación de registro médico antes del pago a los pacientes del sexo masculino. First Coast Service Options Inc. (FCSO) anticipa la publicación de un borrador de la determinación local de cobertura (LCD) más tarde este año para los medicamentos usados en el tratamiento de osteoporosis el cual definirá las indicaciones y limitaciones de cobertura de FCSO para estos medicamentos. Mientras tanto, los proveedores de Medicare deben asegurar que las reclamaciones presentadas a Medicare para Boniva® IV cumplen los requisitos de CMS relacionados a intravenosa versus administración oral y que los pacientes cumplen con la etiqueta de la FDA o indicaciones sin etiqueta del compendio aprobado por CMS.

Los proveedores puede que hayan recibido recientemente solicitudes de registros de reclamaciones de Boniva® IV para pacientes del sexo masculino y femenino. El proveedor debe responder a estas solicitudes de documentación y presentar registros médicos que sustenten los servicios facturados al programa de Medicare.

NCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para “noncovered services” fue revisada recientemente el 13 de febrero de 2011. Desde este tiempo, una revisión fue hecha a la LCD. Los códigos CPT 95980, 95981, y 95982 fueron removidos de la sección ‘CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions- Procedures’ de la LCD. Los códigos CPT 95980-95982 representan la programación inicial y subsiguiente del estimulador gástrico. Estos códigos son usados para el análisis electrónico del estimulador gástrico implantado. La terapia Enterra™ puede ser considerada para cobertura si la documentación sustenta que el dispositivo es para el tratamiento de náusea crónica y vómitos asociados con gastroparesia crónica severa que es refractaria al manejo médico estándar y cumple con todos los requisitos de exenciones de dispositivo humanitario (HDE). Las reclamaciones para dispositivo de uso humanitario (HUD) pueden ser revisadas previo o posterior al pago. La documentación, cuando es solicitada, debe incluir detalles sobre el dispositivo específico, incluyendo una copia de la carta de aprobación de la junta de revisión institucional (IRB) de la institución para cada paciente individual, el número de dispositivo

y documentación de que el dispositivo es clasificado por la Food and Drug Administration (FDA) como un HUD, y ha sido aprobado por la FDA bajo un HDE. La documentación de sustento también debe incluir una descripción de las indicaciones clínicas para el paciente y por qué el dispositivo es necesario. El registro médico debe documentar por qué los beneficios del uso del dispositivo compensan los riesgos, considerando otros dispositivos disponibles y otras terapias disponibles.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 de abril del 2011**, para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2009. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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.

BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29088 (Florida)

Identificador de LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para botulinum toxins ha sido revisada el 13 de septiembre de 2010. Desde entonces esta LCD ha sido revisada varias veces.

- La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity, (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)”, de la LCD, ha sido revisada en la parte “Food and Drug Administration (FDA) Indications (pautas de la FDA) para Botox®”, para agregar: profilaxis de dolor de cabeza en adultos pacientes de migraña crónica (> 15 días al mes con dolor de cabeza durante 4 o más horas al día). La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity (códigos en apoyo de necesidad médica)” de la LCD ha sido revisada en la parte “Procedure Code (código de procedimiento) J0585-Inyección, onabotulinumtoxina, 1 unidad” para agregar los códigos ICD-9-CM 346.71 y 346.73, y la sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD también ha sido revisada en relación con esta nueva indicación de Botox® aprobada por FDA.

Fecha de vigencia

Las revisiones a la LCD mencionadas más arriba, están vigentes para reclamaciones procesadas **a partir del 3 de marzo de 2011**, por servicios prestados **a partir del 15 de octubre de 2010**.

- La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, ha sido revisada para agregar texto referente a incobotulinumtoxina (Xeomin®) y fue agregada una nueva sección “FDA Indications for Xeomin®”. Fue revisada la sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD para agregar el código HCPCS J3590 – biológicos no clasificados y el código HCPCS C9278 - Inyección, incobotulinumtoxin A, 1 unidad (solamente para ASC). La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, ha sido revisada para agregar una nueva sección, “código HCPCS J3590 – incobotulinumtoxina (Xeomin®)-vigente desde el 30 de julio de 2010 y código HCPCS C9278 – Inyección, incobotulinumtoxin a, 1 unidad (solamente ASC)-vigente desde el 01/01/11”. Además, ha sido actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y base para toma de decisiones)” de la LCD. También fue revisado el anexo de pautas de codificación “Coding guidelines” de la LCD para agregar información de codificación y facturación de incobotulinumtoxina (Xeomin®).

*BOTULINUM TOXINS ... (continuación)***Fecha de vigencia**

Las revisiones a la LCD mencionadas más arriba, están vigentes para reclamaciones procesadas a partir del 3 de marzo de 2011, para los servicios prestados a partir del 30 de julio de 2010, para código HCPCS J3590 y reclamaciones procesadas a partir del 3 de marzo de 2011, para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011, para código HCPCS C9278. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database (base de datos de cobertura médica) de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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.

IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) y el anexo de “Coding Guidelines” de la LCD fue revisada la última vez el 1 de enero de 2011. Desde ese tiempo, “Coding Guidelines” ha sido revisada en la tabla ‘Credentialing Matrix’. Las revisiones incluyen lo siguiente:

- Los “Technician qualification requirements” para los códigos *CPT 76376* y *76377* han sido revisados para añadir: ARRT: MR o ARMRT: MRI o ARDMS: RDMS o ARRT: R.T.-S (como aplique).
- Los “Supervising physician and interpreting physician qualification requirements” han sido revisados por los códigos *CPT 77080*, *77081*, *77082* y código HCPCS *G0130* para añadir: cirujano ortopédico.
- Los “Supervising physician and interpreting physician qualification requirements” han sido revisados por los códigos *CPT 93875*, *93880* y *93882* para añadir: ABPN: Neurólogo con ASN o UCNS: certificación de subespecialidad de neuroimagen.
- Los “Technician qualification requirements” han sido revisadas por los códigos *CPT 95900*, *95903*, *95904* y *95905* para añadir ABEM: CNCT.

La sección “Key for IDTF table abbreviations” de las “Coding Guidelines” han sido actualizadas para incluir: The American Board of Electrodiagnostic Medicine (ABEM).

El anexo “Coding Guidelines” ha sido revisado también por el “Level of physician supervision” en el “Credentialing matrix” de acuerdo con la petición de cambio (CR) 5459 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), fecha del 11 de enero de 2007, para revisar el nivel de supervisión del médico al nivel “3” para los códigos *CPT 76813* y *76814*, y de acuerdo con el CR 6351 de CMS, fecha del 2 de enero de 2009, para revisar el nivel de supervisión del médico al nivel “1” para el código *CPT 93293*.

Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 22 de marzo de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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.

SKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29279 (Florida)

Identificador de LCD: L29393 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación local de cobertura (LCD) para “skin substitutes” fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2011. Desde ese tiempo, bajo la sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD, el lenguaje fue revisado/añadido para clarificar que los nuevos servicios deben ser evaluados por First Coast Service Options Inc. (FCSO) contratista administrativo de Medicare (MAC) jurisdicción 9 (J9) para determinar si son médicamente razonables y necesarios, y que los códigos HCPCS que no son pagables por separado son considerados “productos que no son médicamente razonables y necesarios”. En adición, la información fue añadida sobre una notificación anticipada al beneficiario (ABN).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 8 de marzo de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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.

Información Médica Adicional

96521: Refilling and maintenance of portable pump

El análisis de datos en First Coast Service Options Inc. (FCSO) identifico previamente un incremento en la utilización del código of *CPT 96521* (Refilling and maintenance of portable pump). FCSO también ha determinado que, en muchos casos, las bombas de infusión externas están siendo utilizadas para la administración de antibióticos intravenosos de la oficina del médico. FCSO publicó un artículo educacional en octubre de 2009, detallando las indicaciones cubiertas nacionalmente para las bombas de infusión externas (vea abajo). Este patrón de utilización permanece evidente en los datos actuales de reclamaciones de Parte B de Florida. Debido al alto riesgo de pago impropio de reclamación, FCSO implementará una modificación de prepago para prevenir el pago de servicios del reaprovisionamiento que no está cubierto y/o es codificado inapropiadamente y el mantenimiento de los servicios de bomba portable.

La determinación nacional de cobertura (NCD) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para bombas de infusión, localizadas en CMS Publication 100-03, chapter 1, part 4, Section 280.14, no incluye la administración de antibióticos intravenosos como una indicación cubierta para bombas de infusión externas.

Las indicaciones cubiertas nacionalmente para bombas de infusión externas están limitadas a lo siguiente:

- Administración de deferoxamina para el tratamiento de envenenamiento agudo por hierro sobredosis de hierro.
- Administración de heparina para la enfermedad tromboembólica y/o embolia pulmonar (en un ambiente institucional solamente).
- Bomba de infusión de quimioterapia en el tratamiento de carcinoma hepatocelular primario o cáncer colorrectal donde esta enfermedad no es resecable, O, donde el paciente rehúsa excisión quirúrgica del tumor.
- Administración de morfina en el tratamiento de dolor intratable causado por cáncer (ya sea en un ambiente de hospitalización o ambulatorio, incluyendo un centro de servicios paliativos).

- Infusión continua de insulina subcutánea en el ambiente del hogar para el tratamiento de pacientes diabéticos cuando se cumplen criterios especificados.
- Otros usos de bombas de infusión externas son cubiertos si el personal médico del contratista verifica el buen uso de la terapia y la bomba prescrita para el paciente individual.

En adición, debe ser mencionado que el programa de Medicare provee beneficios limitados para los medicamentos de prescripción ambulatorios. Medicare cubre los medicamentos necesarios médicamente que son administrados y subordinados a los servicios de un médico si los medicamentos no son usualmente autoadministrados por el paciente. Por CMS Publication 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, chapter 15, Section 50.3, “Para cumplir con los requisitos generales de cobertura bajo la provisión de “incident to” (subordinado a los servicios de un médico), un medicamento o producto biológico aprobado por la Food and Drug Administration debe:

- Ser de una forma que no es usualmente autoadministrado
- Ser prestado por un médico, y
- Ser administrado por el médico o por el personal auxiliar empleado por el médico y bajo la supervisión personal del médico”. (Tenga en cuenta que la “supervisión personal” significa que el médico debe estar presente durante la administración del procedimiento.)

Medicare no provee reembolso para los medicamentos inyectables ambulatorios a menos que los requisitos de subordinados a un médico sean requeridos. Cuando los pacientes utilizan bombas de infusión externas a los antibióticos intravenosos autoadministrados en el hogar, los requisitos de subordinados a un médico no son cumplidos. Por lo tanto, la bomba de infusión y el antibiótico asociado u otro medicamento inyectable no pueden ser facturados a Medicare.

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

64999: Blood brain barrier osmotic disruption for treatment of brain tumors – determinación nacional de cobertura

La determinación nacional de cobertura (NCD) para “blood brain barrier osmotic disruption for treatment of brain tumors” (*Medicare National Coverage Determinations Manual*, Pub. 100-03, capítulo 1, Sección 110.20) fue efectiva para los servicios provistos a partir del 20 de marzo de 2007. De acuerdo a la NCD, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) determinaron que el uso de la interrupción de la barrera de sangre osmótica del cerebro no es razonable y necesario cuando es usado como parte de un tratamiento del régimen para tumores del cerebro. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha identificado los siguientes diagnóstico como no razonable y necesario en esta NCD.

191.0-191.9 (Malignant neoplasm of brain)

198.3 (Secondary malignant neoplasm of brain and spinal cord)

Fecha de vigencia

Este artículo sirve como una notificación de 45 días de que la interrupción de la barrera de sangre osmótica del cerebro no es considerada razonable y necesaria cuando es facturada con los diagnósticos 191.0-191.9 o 198.3 efectivo para los servicios provistos a **partir del 22 de abril de 2011**.

J0600: Injection, edetate calcium disodium, up to 1000 mg

El departamento de análisis completo de datos evaluó el código HCPCS J0600: Injection, edetate calcium disodium, up to 1000 mg. El código HCPCS J0600 fue identificado como aberrante basado en extracto de Medicare Parte B y sistema de resumen (BESS) datos de enero-junio de 2010. Los datos revelaron una tasa de carrier a nación de 4.64 con Florida representando un 31.28% del total de dólares permitidos en la nación. La utilización del código HCPCS J0600 ha incrementado significativamente y el patrón de facturación identificado durante el análisis de los datos actuales de reclamaciones de Florida Parte B indica un patrón de utilización que sugiere que existe un alto riesgo de facturación o pago impropio. First Coast Service Options Inc. (FCSO) implementará una modificación de prepago para prevenir el pago de servicios por servicios no cubiertos y/o codificados por error.

La determinación local de cobertura (LCD) para chelation therapy (L29098) está disponible a través del Medicare Coverage Database de CMS.

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

G0431: Qualitative drug screening – revisión a las directrices de codificación de la LCD

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

El anexo “coding guidelines” de la determinación local de cobertura (LCD) para “qualitative drug screening” fue revisado recientemente el 13 de febrero de 2011. Desde ese tiempo, el anexo “Coding Guidelines” fue actualizado para incluir información de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) sobre los códigos HCPCS G0431QW y G0434QW basados en Joint Signature Memorandum/Technical Direction Letter (JSM/TDL) 11194 y la petición de cambio (CR) 7266, transmisión 2155. La siguiente información fue añadida:

- Efectivo para las reclamaciones procesadas a partir del 3 de marzo de 2011, para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, el código HCPCS G0431QW fue eliminado del Clinical Laboratory Fee Schedule (CLFS). El código HCPCS G0431 describe una prueba de gran complejidad, y no debe ser reportada con un modificador QW; el modificador QW indica una prueba dispensada Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).

También,

- Efectivo para las reclamaciones procesadas a partir del 3 de marzo de 2011, para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, el código HCPCS G0434QW fue añadido al CLFS. El código HCPCS G0434 puede describir una prueba dispensada CLIA. El uso del modificador QW para indicar una prueba dispensada CLIA es necesario para el procesamiento preciso de las reclamaciones. Ambos códigos HCPCS G0431 y G0434 permanecerán en el CLFS.

Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo “coding guidelines” de la LCD es efectivo para las reclamaciones procesadas a **partir del 3 de marzo de 2011**, para los servicios prestados a **partir del 1 de enero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

FORMULARIO DE PARTE B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2010 a septiembre de 2011.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2011 – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de mayo de 2011 y el 1 de junio hasta el 30 de noviembre de 2011, 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 impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 2011 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		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
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 ♦

