

A Medicare A y B Al Día



Boletín para proveedores de MAC J9

Abril 2011



Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales	21
Información para proveedores de la Parte A.....	23
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	39
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	43
Contactos de Parte A de Puerto Rico	44
Información para proveedores de la Parte B.....	45
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	54
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	58
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	59

Partnership for Patients: mejor atención y bajo costo

La nueva asociación entre la administración, el sector privado, hospitales y médicos hará el cuidado del paciente más seguro y economizará potencialmente \$50 billones de dólares

Kathleen Sebelius, *Health and Human Services Secretary* (secretaria de servicios sociales y de la salud), junto a la mayoría de los hospitales, empleadores, planes de salud, médicos, enfermeras y quienes abogan por los pacientes, ha anunciado la creación de “*Partnership for Patients* (asociación de ayuda al paciente)”, una nueva asociación nacional que ayudará a salvar 60,000 vidas al evitar daños y complicaciones evitables en el cuidado del paciente durante los tres próximos años. *The Partnership for Patients* tiene también el potencial de economizar hasta \$35 billones de dólares en costos de cuidados de la salud, incluyendo \$10 billones para Medicare. Durante los próximos 10 años, *Partnership for Patients* podría reducir los costos de Medicare en alrededor de \$50 billones de dólares. Actualmente se han comprometido con la nueva iniciativa más de 500 hospitales, así como asociaciones de médicos y enfermeras, consumidores y empleadores.

La secretaria Sebelius dijo que “los americanos van al hospital a mejorarse, pero millones de pacientes se perjudican debido a complicaciones y accidentes que son evitables” y agregó “trabajando estrechamente con hospitales, médicos, enfermeras, pacientes, familiares y

empleadores, sostendremos los esfuerzos de mantener la seguridad del paciente, mejorar la atención y reducir costos. Trabajando juntos podremos eliminar los daños evitables al paciente”.

Líderes a través de toda la nación se comprometieron a impulsar esta nueva iniciativa. Para el lanzamiento de la iniciativa, el *Department of Health and Human Services* (HHS) anunció que invertirá hasta \$1 billón de dólares en fondos federales, disponibles gracias a la *Affordable Care Act*. El martes 12 de abril, la suma de \$500 millones provenientes de esos fondos se hizo disponible a través del *Community-based Care Transitions Program*. Hasta \$500 millones más serán destinados por el Centro de Innovación de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en apoyo de nuevas demostraciones relacionadas con la reducción de enfermedades adquiridas en el hospital. Estos fondos serán invertidos en reformas que ayudarán a alcanzar dos objetivos:

Continúa en página 14



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de Contenido

Partnership for Patients: mejor atención y bajo costo.....	1
Tabla de Contenido	2
Sobre esta publicación	3
Actualización trimestral para proveedores	4
Partes A y B	
Cobertura y Reembolso	
Actualización de julio de facturación de SNF ..	5
Memorandum CMS de propuesta por Provenge®.....	5
Requisito de entrevista en atención a domicilio	6
Firma en órdenes de pruebas de laboratorios.....	6
Actualización a julio de precio trimestral de ventas	7
Recordatorio: ¿ha respondido la encuesta MCPSS?.....	7
Catálogo de tarifas de laboratorio clínico	8
Archivos del precio promedio de venta	8
Intercambio Electrónico de Datos	
Se vence el plazo para estándares de versión 5010.....	8
Implementación del segmento PWK de X12N 5010.....	9
Implementación de errata de versión 5010	9
Educación	
Abril es el Mes de la Salud de Minorías Étnicas.....	10
Nuevas hojas informativas suplidores DMEPOS	11
E/M Services Guide disponible en formato impreso.....	11
Hoja informativa CERT Signature Requirements	11
Nueva información de conformidad contable	12
Hoja informativa revisada Medical Privacy of PHI.....	12
Hoja informativa revisada Ambulance Fee Schedule	12
Página Web Medicare Shared Savings Program.....	12
Referencia rápida de servicios preventivos.....	13
Folleto Mental Health Services.....	13
Información General	
Partnership for Patients... (continuación)	14
Testificación del programa incentivo EHR	15
Actualización de códigos de HCPCS	15
FAQ adicionales del programa de incentivo EHR.....	16
Fecha inicial de aprobación de suplidor Medicare.....	17
Agendas de reuniones HCPCS para medicamentos	17
Alabama y Missouri han iniciado programas EHR.....	18
Tarifas de solicitud de inscripción en Medicare.....	18
Nuevas reglas Medicare Shared Savings Program	19
Proceso de pago de incentivo de EHR de Medicare.....	19
Suscríbase a mensajes de actualización de ICD-10	20
Recursos Educativos	
Próximos eventos educativos.....	21

Parte A

Actualización de archivo trimestral del proveedor	23
Enfermedad renal terminal PC Pricer de 2011	23
Actualización de archivos OPSS Pricer de 2011	23
Facturación de códigos de servicios preventivos	24
Información para mejorar la seguridad del paciente	25
Podcast 'vulnerabilidades de necesidad médica'	26
Recursos PEPPER de hospitales de cuidado crítico	27
Podcast de auditoría de recuperación de hospitales	27
Reglas propuestas de hospital Medicare	28
Pago de incentivo a hospitales de cuidado crítico	30
Hoja informativa Inpatient Rehabilitation Services	30
Dispensa de coseguro y deducible RHC.....	31
Foro público sobre SNF de cuidados a largo plazo	31
Clarificación del manual facturación SNF.....	32
Hoja informativa 'Federally Qualified Health Center'.....	32
Hoja informativa HH PPS en formato impreso.....	33
Revisión de hoja informativa de Medicare sobre participación desproporcionada del hospital	33
Actualización materiales de aprendizaje MDS 3.0.....	33
Cambios manuales de terapia en el hogar....	34
Correcciones a pagos de procedimiento múltiple	35
Reprocesamiento de reclamaciones de FQHC	35

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	36
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de LCD Parte A.....	39
--	----

Ordenar materiales de Parte A.....

43

Contactos Parte A de Puerto Rico

44

Parte B

Actualización del sistema de pagos ASC abril 2011	45
Hoja informativa revisada de HPSA	45
Datos de Physician Quality Reporting System y eRx muestran avances en los programas de incentivo	46
Recordatorio del programa eRx. Evitando el ajuste	48
Código imagen de diagnóstico avanzada.....	49
Anuncio sobre Physician Quality Reporting System.....	49
CMS va a publicar reporte de podología	50

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	51
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de LCD Parte B	54
---	----

Ordenar materiales de Parte B.....

58

Contactos Parte B de Puerto Rico

59

Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 4
Abril de 2011

Publications staff

Cindi Fox
Terri Drury
Elvyn Nieves
Rafael Vallesoto
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 codes, descriptors, and other data only are copyright© 2010 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 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2011 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. FCSO does not control such sites, and is 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.

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.fcso.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. ❖

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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

Cobertura y Reembolso

Actualización de julio de facturación de SNF

Número de *MLN Matters*: MM7345
Número de petición de cambio relacionado: 7345
Fecha de emisión de CR relacionado: marzo 25, 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R2184CP
Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) actualizan periódicamente las listas de los códigos HCPCS que están sujetos a la provisión de facturación consolidada (CB) del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS).

El archivo SNF CB refleja nuevos códigos que han sido desarrollados, y aquellos que han sido descontinuados, para el 2011, y cualquier adición y eliminación a las categorías de los servicios excluidos del CB. Tenga en cuenta que estas nuevas actualizaciones son requeridas por cambios al sistema de codificación, no porque los servicios sujetos al SNF CB están siendo redefinidos; ni será añadido ningún servicio adicional por estas actualizaciones de rutina. Otros cambios regulatorios más allá de las actualizaciones de la lista de código será notado cuando, y si ocurren.

Medicare pagará las reclamaciones SNF presentadas a los contratistas de Medicare para los códigos HCPCS solamente cuando están incluidos en el SNF CB (en otras palabras, no aparecen en la lista de exclusión). A la inversa, los servicios excluidos del SNF PPS y CB pueden ser pagados a los proveedores (aparte de los SNF) por beneficiarios, aun cuando es una estancia SNF. Independientemente, para asegurar

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.

el pago apropiado en todos los casos, los sistemas de Medicare deben editar los servicios provistos a los beneficiarios de SNF incluidos y excluidos del SNF CB. Además, SNF CB aplica a los servicios que no son de terapia, solamente cuando estos son prestados a un SNF residente durante una estancia cubierta de Parte A; sin embargo, aplica a las terapias físicas y ocupacionales y servicios de patología del habla cuando son prestados a un residente SNF, sin importar si Parte A cubre la estancia.

Impacto a los proveedores de Parte B

Los SNF no pueden “desagrupar” los servicios que están sujetos a un CB a un suplidor de afuera que puede presentar una factura separada directamente al *carrier* de Parte B. En vez, el SNF debe prestar los servicios, ya sea directamente, o bajo un “arreglo” con un suplidor de afuera en el cual el SNF (en vez del suplidor) factura a Medicare. El suplidor de afuera debe dirigirse al SNF (en vez de Medicare Parte B) para el pago. Información adicional sobre cómo la Parte B se relaciona al CB, vea http://www.cms.gov/SNFConsolidatedBilling/02h_2011Update.asp.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7345.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7345, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2184CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2184, CR 7345

Memorandum CMS de propuesta por PROVENGE®

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron, el 30 de marzo, un memorandum de propuesta para cubrir el uso en la etiqueta de Sipuleucel-T (PROVENGE®) bajo una determinación nacional de cobertura. PROVENGE® es el único tratamiento de inmunoterapia celular auto derivada, para cáncer metastásico de la próstata aprobado por FDA. Está etiquetado para ser usado por hombres con cáncer a la próstata asintomática o mínimamente sintomática metastásico resistente a la impotencia (resistente al tratamiento hormonal). La cobertura por uso no etiquetado será determinado por los contratistas locales de Medicare. CMS aceptará durante 30 días comentarios del público acerca de esta propuesta. La decisión final será anunciada dentro de 90 días.

Para más detalles, o para presentar un comentario, vea el [memorandum de propuesta](#).

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

Fuente: CMS PERL 201104-09

Requisito de entrevista en atención a domicilio

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) esperan que a partir del 1 de abril de 2011 las agencias de atención médica a domicilio y centros de servicios paliativos, hayan establecido procedimientos internos completos para dar cumplimiento al requisito de entrevista en persona ordenado por la *Affordable Care Act*, con los propósitos de certificación de elegibilidad del paciente para servicios de atención médica de Medicare y recertificación de servicios paliativos de Medicare.

La Sección 6407 de ACA ha establecido el requisito de entrevista médica personal para la certificación de elegibilidad para servicios médicos a domicilio por parte de Medicare, exigiendo al médico que certifica, documentar que ha visto al paciente personalmente o por medio de otro profesional de la salud que trabaje a su servicio. Dicha entrevista personal debe ocurrir dentro de los 90 días antes de iniciado el tratamiento o dentro de los 30 días siguientes al inicio del mismo. Tal documentación debe presentarse en certificación de pacientes que comiencen a partir del 1 de enero de 2011.

En forma similar, la Sección 3131(b) de ACA exige que un médico o enfermera del centro de servicios paliativos, tenga una entrevista en persona con el paciente de dicho centro, antes de la recertificación de 180 días y con cada subsecuente recertificación. La entrevista debe ocurrir dentro de los 30 días anteriores al comienzo del tercer período de beneficio del paciente en el centro de servicios paliativos. La disposición se aplica en recertificaciones a partir del 1 de enero de 2011.

El 23 de diciembre de 2010, debido a la preocupación de que algunos proveedores necesitaban tiempo

adicional para establecer los protocolos necesarios para dar cumplimiento al requisito de entrevista en persona, ordenado por la *Affordable Care Act* (ACA) por propósitos de certificación de la elegibilidad de pacientes para servicios médicos a domicilio de Medicare y recertificación de servicios paliativos de Medicare, CMS notificó que espera total cumplimiento de estos requisitos a partir del segundo trimestre de 2011.

Durante el primer trimestre de 2011, CMS ha continuado sus esfuerzos de extensión para educar a los proveedores, médicos y otras partes interesadas afectadas por estos nuevos requisitos. CMS ha puesto a disposición materiales de guía incluyendo un artículo *MLN Matters*, documentos de preguntas y respuestas, diapositivas de enseñanza y manual de instrucciones, los que están disponibles en las páginas Web de Medicare sobre agencias de atención médica a domicilio y centros de servicios paliativos. *CMS' Office of External Affairs and Regional Offices* se han puesto en contacto con asociaciones estatales y locales de médicos y agencias de atención médica a domicilio y grupos de apoyo activo, para asegurar la toma de conciencia de las leyes de entrevista en persona y la distribución de materiales educacionales.

CMS continuará preocupándose de las inquietudes de la industria en relación a los nuevos requisitos y mantendrá información actualizada en sus sitios Web: <http://www.cms.gov/center/hha.asp> y <http://www.cms.gov/center/hospice.asp>.

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

Fuente: CMS PERL 201104-31 201104-43 201103-63

Firma en órdenes de pruebas de laboratorios

En la reglamentación final del lunes 29 de noviembre de 2010, de *Medicare Physician Fee Schedule*, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) finalizaron su política propuesta de exigir la firma de un médico u otro profesional de la salud (NPP) calificado, en las órdenes de pruebas de laboratorios de diagnóstico clínico pagadas según el catálogo de tarifas fijas, a partir del sábado 1 de enero de 2011. (Una orden es el documento, tal como un formulario, que es entregado a un laboratorio de diagnóstico clínico, para identificar la prueba o pruebas que hay que tomar a un paciente).

El lunes, 20 de diciembre de 2010, CMS hizo saber a sus contratistas la inquietud de que algunos médicos, NPP y laboratorios de diagnóstico clínicos desconocen o no entienden esta política. De este modo, CMS indicó que se concentrará durante el primer trimestre de 2011 en desarrollar materiales educacionales y de extensión para educar a los afectados por esta política. CMS indicó que espera que estas órdenes sean firmadas una vez que la campaña educacional del primer trimestre esté en pleno desarrollo.

Luego de recibir más comentarios de la comunidad, CMS ha decidido concentrarse durante el resto de 2011, en cambiar la regulación que exige firmas en las órdenes de laboratorio, debido a la preocupación de que médicos, otros profesionales de la salud y laboratorios de diagnóstico clínico, están teniendo dificultades en cumplir con esta política.

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

Fuente: CMS PERL 201103-64

Actualización a julio del precio trimestral de ventas

Número de *MLN Matters*: MM7357

Número de petición de cambio relacionado: 7357

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2182CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7357, que da instrucciones a los contratistas de Medicare de descargar e implementar el archivo del precio promedio de ventas (ASP) de medicinas de Julio de 2011 de Medicare Parte B y, si publicados por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos revisados en abril de 2011, enero de 2011, octubre de 2010 y julio de 2010. Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pagos por reclamaciones de medicinas de Parte B pagables en forma separada, procesadas o reprocesadas a partir del 1 de julio de 2011, con fechas de servicio entre el 1 de julio y el 30 de septiembre de 2011. Los contratistas no buscarán ni ajustarán reclamaciones que ya han sido procesadas a menos que se les solicite.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7357.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7357, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2182CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2182, CR 7357

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

Recordatorio: ¿ha respondido la encuesta MCPSS?

¿Ha pensado en sus interacciones con los servicios que recibe de nosotros? ¿Tiene alguna opinión, positiva o constructiva que dar a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) sobre su experiencia con nosotros?

No pierda la oportunidad de decirlo – su oportunidad de participar en la encuesta de 2011 de *Contractor Provider Satisfaction Survey* (MCPSS), está rápidamente llegando a su fin y CMS todavía necesita su opinión. Le agradecemos si ha respondido MCPSS de 2011. Si no lo ha hecho, no deje pasar esta oportunidad de hacer oír su voz.

Si usted o su consulta recibió la notificación de CMS de haber sido seleccionado al azar para participar en MCPSS de 2011, esta es su última oportunidad de responder antes de que se cierre la encuesta. Su opinión es muy importante. MCPSS es su oportunidad de decir a CMS su grado de satisfacción con los servicios de procesamiento y pago que usted recibe de nosotros.

Completar la encuesta le tomará solamente algunos minutos y puede ser hecho por usted o por alguien que usted designe; solamente hay que seguir las instrucciones en la invitación a la encuesta. (Si no tiene la carta de invitación, contacte hoy mismo la línea de ayuda al proveedor de MCPSS al 800-654-1431 o envíe un email a mcpss@scimetrika.com para recibir ayuda).

CMS no proveerá información que identifique ya sea a usted o a su consulta o establecimiento a nadie fuera del equipo de estudio, a menos que sea requerido por ley. (Note que pueden participar en MCPSS de 2011, solamente los proveedores y suplidores que han sido seleccionados al azar y debidamente notificados).

Para más información, visite <http://www.CMS.gov/MCPSS>.

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

Fuente: CMS PERL 201104-15

Catálogo de tarifas de laboratorio clínico

Eliminación de código de pruebas G0431QW e ingreso de código G0434QW

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están actualizando el estatus de dos códigos en el catálogo de tarifas de laboratorio clínico (CLFS):

- A partir de este momento, el código G0431QW está eliminado de CLFS. El código G0431 describe una prueba de alta complejidad y no debe ser reportado con un modificador QW; el modificador QW indica una prueba eliminada de *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA)
- A partir de este momento, se agrega a CLFS el código G0434QW, que puede describir un test eliminado de CLIA. Para el procesamiento correcto de las reclamaciones, es necesario utilizar el modificador QW para indicar una prueba de CLIA eliminada.

Los códigos G0431 y G0434 permanecerán en CLFS.

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

Fuente: CMS PERL 201104-18

Archivos del precio promedio de venta

Están disponibles los archivos actualizados de octubre 2010 y enero 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado los archivos de precio promedio de venta (ASP) actualizado de octubre 2010 y de enero de 2011, que están disponibles para ser descargados en <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (vea el menú de la izquierda para enlaces del año específico).

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

Fuente: CMS PERL 201104-02

Intercambio Electrónico de Datos

Se vence el plazo para estándares de versión 5010

Falta menos de 10 meses para la transición de todas las entidades cubiertas por HIPAA desde la versión 4010/4010A1 a la versión 5010 de estándares de transacción electrónica. Con la fecha de vencimiento del plazo el 1 de enero de 2012 acercándose rápidamente, usted debe haber tomado los pasos necesarios para estar preparado.

A diferencia de la versión actualmente vigente 4010/4010A1, la versión 5010 acomoda los códigos ICD-10 y debe estar instalada con anterioridad a los cambios a ICD-10 del 1 de octubre de 2013. La versión 5010 tiene la facilidad de comunicarle al sistema de manejo de su práctica médica u otro sistema, que usted está utilizando un código ICD-10 versus código ICD-9.

Un paso clave en la preparación de su oficina para esta promoción es probar las transacciones en formato de la nueva versión 5010. **Si todavía no lo ha hecho, usted debe comenzar ahora las pruebas externas de la versión 5010.**

Probar transacciones utilizando los estándares de la versión 5010, le asegurará que puede enviar y recibir transacciones correctas de manera efectiva. Hacer las pruebas también le ayudará a identificar cualquier problema potencial y enfrentarlo en anticipación a la fecha de cumplimiento del 1 de enero de 2012.

Manténgase al día con la versión 5010 e ICD-10

CMS tiene los recursos para ayudarle a prepararse. Visite <http://www.cms.gov/ICD10> y haga clic en "Version 5010".

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

Fuente: CMS PERL 201103-57

Implementación del segmento PWK de X12N 5010

Nota: El artículo MM7041 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en noviembre de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 7).

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

Resumen

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

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

costo para el programa de Medicare. Los contratistas de Medicare serán responsables por la imagen, almacenamiento, y recobro de la documentación adicional para los examinadores de reclamaciones. El tener la documentación disponible para los examinadores de reclamaciones elimina la necesidad para el desarrollo costoso automático. Los puntos clave cubiertos en el artículo describe requisitos específicos para los contratistas de Medicare y las personas que presentan reclamaciones.

Información adicional

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

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

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

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

Implementación de errata de versión 5010

Código de prioridad (tipo) de admisión o código de visita y código de motivo de denegación 11701

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) no tienen una versión separada de acceso al sistema remoto para las versiones 4010A1 y 5010. El código de prioridad (tipo) de admisión o visita, se exige ahora en todas las reclamaciones institucionales versión 4010A1 presentadas o corregidas por acceso al sistema remoto, así como en reclamaciones institucionales de versión 5010, sin importar la manera en que fueron presentadas. Los proveedores que no estén seguros de que código necesitan, deben utilizar el código 9 (información no disponible). Valores y descripciones de códigos adicionales de prioridad (tipo) o de admisión o visita, están disponibles a través de *National Uniform Billing Committee* (www.NUBC.org) o de su contratista administrativo de Medicare (MAC). El código de prioridad (tipo) de admisión no es requerido en reclamaciones institucionales 4010A1 presentadas o corregidas vía 837.

Para más información acerca de versión 5010, visite <http://www.CMS.gov/Versions5010andD0>.

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

Fuente: CMS PERL 201104-22

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.

Educación

Abril es el Mes de la Salud de Minorías Étnicas

Únase a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) durante el Mes Nacional de la Salud de Minorías Étnicas para promover los beneficios de salud, los cuales son frecuentemente infrautilizados por las poblaciones minoritarias. En general, los americanos de bajos ingresos y minorías raciales y étnicas experimentan índices desproporcionadamente más altos de enfermedad, menos opciones de tratamiento, y acceso reducido a la atención médica. El educar a las personas sobre hábitos saludables y modificación de estilos de vida puede ayudar a posponer y evitar enfermedades. En adición, el detectar problemas de salud en una etapa temprana incrementa las probabilidades de tratarlas efectivamente, frecuentemente reduciendo sufrimiento y costos. Medicare paga muchos de los servicios preventivos y ayuda a mantener saludables a las personas mayores y otros con Medicare. Estos servicios preventivos pueden detectar problemas de la salud temprano, y cuando el tratamiento funciona mejor, y puede mantener a nuestras poblaciones más vulnerables de contraer ciertas enfermedades. Los servicios preventivos cubiertos por Medicare incluyen exámenes, inmunizaciones, pruebas de laboratorio, exámenes de detección, y programas para monitorear la salud, como también consejería y educación para ayudar a los beneficiarios de Medicare a mantener óptima salud.

The Affordable Care Act hizo mejoras al programa de Medicare. Como resultado, comenzando en 2011, los beneficiarios con Medicare original son elegibles para recibir un examen de “bienestar” anual en adición a muchos servicios preventivos.

Servicios cubiertos por Medicare. Medicare provee cobertura para los siguientes servicios preventivos y exámenes de detección, sujeto a elegibilidad del beneficiario:

- Exámenes de aneurisma aortica abdominal
- Medidas de masa ósea
- Pruebas de detección del cáncer
 - Pecho (mamograma y examen clínico del pecho)
 - Cervical y vaginal (prueba pap y examen pélvico)
 - Colorrectal
 - Próstata
- Exámenes de detección de enfermedad cardiovascular

- Exámenes de detección de la diabetes, suministros, y adiestramiento de automanejo
- Exámenes de EKG
- Exámenes de detección de glaucoma
- Exámenes de detección del HIV
- Inmunizaciones
 - Hepatitis B
 - Influenza
 - Neumococo
- Terapia de nutrición médica (beneficiarios con diabetes o enfermedad renal)
- Examen físico introductorio de “Bienvenido a Medicare”
- Consejería para abandonar el uso del tabaco
- Examen anual de bienestar (nuevo para el 2011)

¿Cómo usted puede ayudar? Como profesional del cuidado de la salud que provee servicios a personas mayores y a otras personas con Medicare, CMS necesita su ayuda para asegurar que todos los beneficiarios elegibles de Medicare aprovechan los servicios preventivos. Le pedimos que hable con sus pacientes sobre sus factores de riesgo para varias enfermedades y enfatice la importancia de la prevención y detección temprana de la enfermedad a través del uso de exámenes de detección apropiados (a la frecuencia apropiada).

Nota: Muchos de estas servicios cubiertos por Medicare requieren referidos del proveedor, así que estamos contando con usted para proveer referidos cuando sea apropiado.

Para más información:

- [CMS Preventive Services website](#)
- [Medicare Learning Network® \(MLN\) preventive services educational products](#)
- [Quick Reference Information: Medicare Preventive Services](#)
- [The Office of Minority Health](#)

Juntos podemos ayudar a eliminar disparidades de la salud y lograr óptima salud para todos los grupos raciales y étnicos.

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

Fuente: CMS PERL 201104-13

Nuevas hojas informativas de suplidores DMEPOS

Hoja informativa ‘DMEPOS Quality Standards’

La nueva publicación titulada *Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Quality Standards* ahora está disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/DMEPOS_Qual_Stand_Booklet_ICN905709.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los estándares de calidad de DMEPOS para las organizaciones de acreditación (AO) de Medicare para los suplidores DMEPOS. Una versión en copia impresa de esta hoja informativa estará disponible más tarde.

Hoja informativa ‘The Basics of DMEPOS Accreditation’

Una nueva publicación titulada *The Basics of Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Accreditation* ahora está disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network® en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/DMEPOS_Basics_FactSheet_ICN905710.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los requisitos de acreditación DMEPOS, los tipos de proveedores que están exentos, y el proceso para acreditarse. Una versión en copia impresa de esta hoja informativa estará disponible más tarde.

Folleto ‘DMEPOS New Information for Pharmacies’

Una nueva publicación titulada *Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) New Information for Pharmacies* ahora está disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network® en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/DMEPOS_Pharm_FactSheet_ICN905711.pdf. Este folleto está diseñado para proveer educación a nuevas farmacias sobre cómo obtener una exención de acreditación DMEPOS. Para suministrar DMEPOS, las farmacias deben estar acreditadas por una organización de acreditación (AO) nacional independiente aprobada por CMS o debe obtener una exención de acreditación. Una versión en copia impresa de esta hoja informativa estará disponible más tarde.

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

Fuente: CMS PERL 201104-34

E/M Services Guide disponible en formato impreso’

La publicación titulada *Evaluation and Management Services Guide* ahora está disponible en formato impreso del Medicare Learning Network®. Esta guía está diseñada para proveer educación sobre documentación de registro médico y consideraciones de facturación y codificación de evaluación y manejo; la “1995 *Documentation Guidelines for Evaluation and Management Services*” y la “1997 *Documentation Guidelines for Evaluation and Management Services*” están incluidas en esta publicación. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque abajo en su pantalla ‘*Related Links Inside CMS*’ y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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

Fuente: CMS PERL 201104-34

Hoja informativa ‘CERT Signature Requirements’

Una nueva publicación titulada *Comprehensive Error Rate Testing (CERT) Signature Requirements* ahora está disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network® en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Signature_Requirements_Fact_Sheet_ICN905364.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre requisitos de firma a los proveedores del cuidado de la salud e incluye información sobre la documentación necesaria para sustentar una reclamación presentada a Medicare por servicios médicos.

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

Fuente: CMS PERL 201104-34

Nueva información de conformidad contable (para funcionarios, facturadores y codificadores profesionales)

Como parte de los esfuerzos constantes de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en mantener informados a los proveedores de servicios a tarifa fija (FFS) de los productos nuevos y mejorados, CMS le invita a visitar la página *Web Provider Compliance* de *Medicare Learning Network (MLN)*, donde usted encontrará materiales para el proveedor FFS que le ayudarán a reconocer – y evitar – errores comunes de facturación y otras actividades impropias identificadas por los programas de revisión de reclamaciones. Asegúrese de poner particular atención a la lista de [provider compliance national educational products](#), desde la que se puede hacer rápido enlace a cada producto disponible. También tómese un momento para revisar los dos primeros temas del *Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter* ([Volume 1, Issue 1](#) y [Volume 1, Issue 2](#)). Como todos los productos *MLN*, nuestro material descargable de conformidad contable está disponible sin costo.

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

Fuente: CMS PERL 201103-55

Hoja informativa revisada de Medical Privacy of PHI

La publicación revisada titulada *Medical Privacy of Protected Health Information* (PHI, privacidad médica de información confidencial de la salud (revisada en enero de 2011)) está disponible en *Medicare Learning Network*® en <http://www.CMS.gov/MLNproducts/downloads/SE0726FactSheet.pdf>. Esta hoja informativa contiene recursos e información con respecto a las normas de privacidad de *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) y como se aplica ésto a las prácticas acostumbradas del cuidado de la salud y otra información del sitio Web del *Department of Health & Human Services* (HHS) HIPAA.

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

Fuente: CMS PERL 201103-55

Hoja informativa revisada ‘Ambulance Fee Schedule’

La publicación revisada titulada *Ambulance Fee Schedule* (revisada en marzo de 2011) está ahora disponible en formato descargable de la *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/AmbulanceFeeSched_508.pdf. Esta hoja informativa ha sido diseñada para educar acerca de *ambulance fee schedule* (catálogo de tarifas de ambulancia), incluyendo antecedentes, proveedores y suplidores de ambulancia, pagos de servicios de ambulancia y como son establecidas las tasas de pago.

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

Fuente: CMS PERL 201104-25

Página Web Medicare Shared Savings Program

El 31 de marzo de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron su regla propuesta, CMS-1345-P, *Medicare Program; Medicare Shared Savings Program: Accountable Care Organizations*, en el *Federal Register*. La regla implementa el *Medicare Shared Savings Program* y establece los requisitos para *Accountable Care Organizations*. CMS ha puesto en funcionamiento una página Web en www.cms.gov/sharedsavingsprogram para proveedores a tarifa fija (FFS) de Medicare y otros suplidores y proveedores de servicios. Marque la página Web y revísela con frecuencia, ya que CMS continúa agregando información sobre este programa.

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

Fuente: CMS PERL 201104-12

Referencia rápida de servicios preventivos

Tres nuevas cartas sobre cobertura de Medicare

- *The ABCs of Providing the Initial Preventive Physical Examination*, esta carta de referencia rápida da a los proveedores a tarifa fija de Medicare, una lista de los elementos del examen físico médico preventivo (IPPE), así como información de codificación y cobertura. Para verla, visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QRI_IPPE001a.pdf.
- *The ABCs of Providing the Annual Wellness Visit*, esta carta de referencia rápida da a los proveedores a tarifa fija de Medicare, una lista de los elementos de la visita de bienestar anual (AWV), así como información de codificación y cobertura. Para verla, visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/AWV_Chart_ICN905706.pdf.
- *The Medicare Preventive Services*, esta carta de referencia rápida da a los proveedores a tarifa fija de Medicare información sobre cobertura, codificación y pago sobre la variedad de servicios preventivos cubiertos por Medicare. Para verla, visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.

Un folleto impreso conteniendo las tres cartas, así como *Quick Reference Information* (información de referencia rápida). *Medicare Immunization Billing chart* (gráfico de facturación de inmunizaciones de Medicare) estará disponible más adelante.

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

Fuente: CMS PERL 201104-11

Folleto Mental Health Services

Una nueva publicación titulada *Mental Health Services* está ahora disponible en formato descargable de la Medicare Learning Network® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Mental_Health_Services_ICN903195.pdf. Este folleto está designado a educar acerca de *mental health services* (servicios de salud mental), incluyendo servicios de salud mental con y/o sin cobertura, profesionales de salud mental, servicios de hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

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

Fuente: CMS PERL 201104-25

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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

Información General

Partnership... Continuación de la página 1

- **Impedir que los pacientes hospitalizados reciban daños o se enfermen aún más.** A finales de 2013 las enfermedades evitables contraídas en el hospital, disminuirán en un 40 por ciento en comparación a 2010. Alcanzar esta meta significará aproximadamente una disminución de 1.8 millones de daños al paciente, con más de 60,000 vidas salvadas en los próximos tres años.
- **Ayudar a los pacientes a sanar sin complicaciones.** A fines de 2013, las complicaciones evitables durante la transición de un lugar de tratamiento a otro disminuirán de tal manera que todas las readmisiones al hospital se reducirán en un 20 por ciento en comparación a 2010. Alcanzar este objetivo significará que 1.6 millones de pacientes se recuperarán de su enfermedad sin sufrir complicaciones evitables que requieren re-hospitalización dentro de los 30 días después del alta.

La asociación apuntará todas las posibilidades de daño al paciente comenzando por pedir a los hospitales que se concentren en nueve tipos de errores médicos y complicaciones donde ha sido demostrado en hospitales y sistemas pioneros en toda la nación, el potencial de una dramática reducción en tasas de daño. Los ejemplos incluyen la prevención de reacciones adversas a las medicinas, úlceras, complicaciones de parto e infecciones en la sala de cirugía. El Centro de Innovaciones de CMS ayudará a los hospitales a adoptar mejoras efectivas del cuidado médico en base a evidencias apuntando a daños al paciente que son evitables a nivel local, desarrollo de enfoques innovadores para expandir y compartir en todos los estados, estrategias entre el público y asociados privados. Miembros de la asociación identificarán los pasos específicos que se deben dar para reducir los daños y complicaciones evitables en el cuidado del paciente.

El administrador de CMS, Donald Berwick, M.D. manifestó que “con las nuevas herramientas provistas por la *Affordable Care Act*, podremos implementar, de manera agresiva, programas que ayudarán a los hospitales a reducir errores” y agregó: “daremos a los hospitales incentivos que mejorarán la calidad del cuidado de la salud y daremos verdadera asistencia a los profesionales de la medicina y hospitales en apoyo a sus esfuerzos para reducir el daño”.

HHS ha comprometido \$500 millones de dólares a organizaciones comunitarias asociadas con hospitales seleccionados para ayudar la transición segura de los pacientes entre lugares de tratamiento. Hoy, las organizaciones comunitarias y hospitales de cuidado intensivo asociados con organizaciones comunitarias pueden comenzar a presentar solicitudes para este financiamiento. Las solicitudes son aceptadas en orden de llegada. Los financiamientos serán hechos

en forma continua mientras los fondos lo permitan.

El Centro de Innovación de CMS, en coordinación con las partes interesadas a través del sistema de cuidados de la salud, está planeando utilizar hasta \$500 millones de dólares en fondos adicionales para probar diferentes modelos de mejorar la atención al paciente y participación y colaboración del paciente en la reducción de enfermedades adquiridas en el hospital y mejorar los cuidados de transición en toda la nación. Estos modelos de colaboración ayudarán a los hospitales a adoptar intervenciones efectivas para mejorar la seguridad del paciente en sus establecimientos.

Estos programas son solamente dos de las diferentes maneras en que la *Affordable Care Act* está ayudando a mejorar el sistema de cuidados de la salud. El mes pasado, HHS anunció la absolutamente primera *National Quality Strategy*, que servirá como herramienta para ayudar a coordinar las iniciativas de calidad entre asociados públicos y privados así como los suplementos y esfuerzos de coordinación existentes en varias agencias y departamentos para mejorar la atención del paciente. HHS también anunció nuevas reglas para ayudar a los médicos, hospitales y otros proveedores a coordinar mejor la atención de pacientes de Medicare a través de *Accountable Care Organizations* (ACO). Para 2015, una parte de los pagos de Medicare a la mayoría de los hospitales, estará ligado a si el hospital está entregando cuidados más seguros, utilizando efectiva información tecnológica y solucionando las necesidades del paciente. También habrá disponible pagos de incentivo y apoyo para mejorar la calidad y disminuir el costo a los programas de Medicare.

Berwick apuntó que “No existe una entidad que por sí sola pueda mejorar la atención médica de millones de pacientes hospitalizados”, agregando “por medio de fuertes asociaciones a nivel nacional, regional, estatal y local – incluyendo el sector público y algunas de las compañías más grandes de la nación – estamos dando apoyo a la comunidad de hospitales para reducir en forma significativa el daño a los pacientes”.

Para más información acerca de *Partnership for Patients*, visite www.HealthCare.gov/center/programs/partnership. Para una hoja informativa acerca del anuncio, visite www.HealthCare.gov/news/factsheets/partnership04122011a.html. Para más información acerca de la oportunidad del programa comunitario de transición de cuidados médicos, visite www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/itemdetail.asp?itemID=CMS1239313.

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

Fuente: CMS PERL 201104-30

Testificación del programa de incentivo EHR

Comenzó en abril la testificación para el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare

Esto significa que los profesionales elegibles (EP), hospitales elegibles, y hospitales de acceso crítico pueden testificar a través del sistema de testificación basado en Internet de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y estar en camino para recibir los pagos de incentivo de registro de salud electrónico (EHR).

CMS le puede ayudar a testificar exitosamente.

Son varios los nuevos recursos de CMS que le pueden ayudar a navegar exitosamente en el programa de incentivo EHR de Medicare:

- Una [nueva página de testificación](#) en el sitio Web de EHR de CMS, donde los participantes en el programa de incentivo EHR de Medicare pueden encontrar información importante de testificación.
- El [Meaningful Use Attestation Calculator](#) permite a los EP y los hospitales elegibles revisar si ellos han cumplido con las directrices de uso significativo antes de que éstos testifiquen en el sistema. La calculadora imprime una copia del resumen de medida específica de los EP u hospitales elegibles.
- El [Eligible Professional User Guide](#) y el [Eligible Hospital and Critical Access Hospital User Guide](#) proveen una guía paso a paso para los EP y hospitales elegibles sobre la navegación en el sistema de testificación.

Pronto por venir

- Las hojas de cálculo de testificación para los EP y los hospitales elegibles permiten a los usuarios completar sus valores de medida de uso significativo, para que tengan una herramienta de referencia rápida para usar mientras testifican.
- Los seminarios Web de testificación en video proveerán una versión en video de las guías de usuario para los EP, hospitales elegibles, y los CAH. Los videos muestran el EP y los representativos del hospital elegible completando el proceso de testificación.

Si usted no está listo para testificar, siga estos pasos para participar en los programas:

- Asegúrese que usted es elegible para los programas de incentivo EHR. Vea las directrices de elegibilidad en la página [Eligibility](#) y seleccione el programa en el cual usted desea participar.
- Inscríbase. La inscripción está abierta para los EP, hospitales elegibles, y los CAH. Visite la página [Registration](#) para más detalles.
- Utilice tecnología certificada EHR. Para recibir pagos de incentivo, asegúrese de que la tecnología EHR que usted está utilizando o está considerando comprar ha sido certificada por el *Office of the National Coordinator for Health Information Technology*. Visite nuestra página [Certified EHR Technology](#) para más detalles.
- Sea un usuario significativo. Usted tiene que demostrar exitosamente el “uso significativo” para el periodo de 90 días consecutivos en su primer año de participación (y para un año completo en los años subsiguientes) para recibir los pagos de incentivo. Visite nuestra página [Meaningful Use](#) para aprender más sobre los objetivos y medidas de uso significativo.
- Testificación para los pagos de incentivo. Para obtener su pago de incentivo EHR, usted debe testificar a través del sitio Web seguro de Medicare que usted ha demostrado uso significativo con tecnología EHR certificada.

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR? Asegúrese de visitar el sitio Web [EHR Incentive Program](#) para las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo EHR.

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

Fuente: CMS PERL 201104-31, 201104-07, 201103-58

Actualización de códigos de HCPCS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid se complacen en anunciar la publicación de las modificaciones a los códigos del *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS). Estos cambios han sido puestos en la página Web de HCPCS http://www.cms.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02_HCPCS_Quarterly_Update.asp. Los cambios entran en vigencia en la fecha indicada en la actualización.

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

Fuente: CMS PERL 201104-01

FAQ adicionales del programa de incentivo EHR

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean mantenerle actualizado con la información más reciente acerca de Medicare y del programa de incentivos de registros médicos electrónicos (EHR). La semana recién pasada, CMS le envió un mensaje destacando algunas de las FAQ más recientes puestas en su sitio Web. Tómese un minuto y vea las nuevas FAQ restantes acerca de elegibilidad, tecnología EHR certificada, uso significativo y certificación.

Nuevas FAQ (preguntas frecuentes) acerca de elegibilidad

1. Si estoy recibiendo pago bajo el Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program de CMS: ¿puedo también recibir pagos de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)
2. Pueden los EP participar en el 2011 Physician Quality Reporting System (anteriormente llamado PQRI), 2011 Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program, y el EHR Incentive Program (también conocido como “uso significativo”) al mismo tiempo y percibir incentivos por cada uno de ellos? [Vea la respuesta.](#)

Nuevas FAQ acerca de tecnología EHR certificada

1. Si un proveedor entrega datos de tecnología EHR certificada a un centro de datos: ¿Puede el proveedor reportar uso significativo de objetivos y mediciones de calidad clínica de ese centro de datos? [Vea la respuesta.](#)
2. ¿Está un EP u hospital elegible, limitado a demostrar uso significativo para el programa de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, de la misma manera en que fue examinada y certificada la tecnología EHR? Por ejemplo, si una EHR completa ha sido examinada y certificada usando un método de desarrollo del trabajo específico: ¿tiene este EP u hospital elegible usar ese método específico cuando demuestra uso significativo? [Vea la respuesta.](#)
3. Si se ha capturado datos utilizando tecnología EHR certificada: ¿puede un EP u hospital elegible utilizar un sistema diferente para generar reportes utilizados en demostrar uso significativo de los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)

Nuevas FAQ acerca de uso significativo

1. Si la tecnología EHR certificada que yo tengo, es capaz de presentar archivos en batch a un registro de inmunización cumpliendo con los estándares adoptados por la Office of the National Coordinator of Health Information Technology

(HL7 2.3.1 o 2.5.1 y CVX): ¿es eso suficiente para alcanzar el objetivo de uso significativo “presente datos electrónicos a los registros de inmunización “para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)

2. Si un estado utiliza la opción de incluir paneles de pacientes cuando busca volúmenes de pacientes para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid: ¿Qué significa tener “encuentros no duplicados” “? [Vea la respuesta.](#)
3. ¿Tienen los proveedores especialistas que cumplir todos los objetivos de uso significativo de los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid o pueden ellos ignorar los objetivos que no son relevantes a su ámbito de práctica médica? [Vea la respuesta.](#)
4. Para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, ¿tiene un hospital elegible que contar los pacientes admitidos por los departamentos de emergencia y de hospitalización en el denominador de medidas de uso significativo o solamente pueden contar los pacientes del departamento de emergencias? [Vea la respuesta.](#)
5. Para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, ¿deben los encuentros de pacientes en un centro de cirugía ambulatoria (lugar de servicio 24) ser incluidos en el denominador para calcular que por lo menos un 50 por ciento o más de los encuentros de pacientes en un EP durante el período de reporte ocurrido en una práctica/localidad o prácticas/localidades equipadas con tecnología EHR certificada? [Vea la respuesta.](#)
6. Para alcanzar el objetivo de uso significativo “utilice entradas de orden del proveedor computarizadas (CPOE)” para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, ¿deben los EP incluir pacientes en observación basada en el hospital (facturadas bajo POS 22) cuyos registros son mantenidos utilizando el sistema EHR certificado del hospital y en el cálculo de numerador y denominador para esta medición? [Vea la respuesta.](#)
7. Si un EP ve un paciente en un escenario que no tiene tecnología EHR certificada pero ingresa toda otra información del paciente en tecnología EHR certificada en otra localidad de práctica médica: ¿puede el paciente ser contado en los numeradores y denominadores de mediciones de uso significativo para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)
8. ¿Califican las sustancias controladas como “prescripciones permisibles “ para alcanzar los objetivos de uso significativo de prescripción electrónica (eRx) bajo los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)

Continúa en página 17

FAQ...(continuación)**Nueva FAQ sobre certificación**

1. ¿Cómo podré certificar para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)

Información adicional

¿Desea obtener más información acerca de los programas de incentivo EHR? CMS le mantendrá informado de futuras actualizaciones a sus FAQ durante los programas de incentivo EHR de CMS. Asegúrese de visitar el sitio Web EHR Incentive Program para las últimas noticias y actualizaciones de los programas de incentivo EHR.

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

Fuente: CMS PERL 201103-62

Fecha inicial de aprobación de suplidor de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7232

Número de petición de cambio relacionado: 7232

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R372PI

Fecha de implementación: 25 de abril de 2011

Resumen

La Sección 489.13 del *Code of Federal Regulations*, que comanda la determinación de la fecha inicial de aprobación de un suplidor o de acuerdo con un proveedor de Medicare para establecimientos del cuidado de la salud que están sujetos a inspección y verificación, ha sido revisada para aclarar que:

- La fecha de aprobación de un suplidor o de acuerdo con un proveedor de Medicare no puede ser anterior a la última fecha en que se han cumplido los requisitos federales que corresponde, y
- Tales requisitos incluyen revisión y verificación de una solicitud de inscripción en el programa Medicare, por intermedio del antiguo intermediario fiscal de CMS (FI), antiguo contratista de Parte B, intermediario regional de salud a domicilio (RHHI) o contratista administrativo de Medicare (MAC).

Estas clarificaciones han sido necesarias debido a que una decisión de la *Appellate Division of the Departmental Appeals Board* (DAB) ha interpretado la Sección 489.13 como no incluyendo el proceso de solicitud de inscripción dentro de los requisitos federales que deben ser cumplidos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7232.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7232, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R372PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 372, CR 7232

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.

Agendas de reuniones HCPCS para medicamentos

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la publicación programada de las agendas de reunión pública del *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) el 17-18 de mayo de 2011, para medicamentos, productos biológicos, y radiofármacos. Estos documentos y el enlace para las inscripciones correspondientes de las reuniones públicas están localizados en el sitio Web de HCPCS en http://www.cms.gov/MedHCPCSGenInfo/08_HCPCSPublicMeetings.asp#TopOfPage.

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

Fuente: CMS PERL 201104-30

Alabama y Missouri han iniciado programas EHR

Recientemente, Alabama y Missouri comenzaron su participación en el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicaid. Esto significa que los profesionales elegibles (EP) y los hospitales elegibles en Alabama y Missouri podrán recibir pagos de incentivo a través del programa de incentivo EHR de Medicaid. Más información sobre el programa de incentivo EHR de Medicaid puede encontrarse en la página *Medicare and Medicaid EHR Incentive Program Basics* del sitio Web de EHR de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Si usted es un residente de Alabama o Missouri y es elegible para participar en el programa de incentivo EHR de Medicaid, visite el sitio Web de la agencia de Medicaid de su estado para más información sobre la participación de su estado en el programa de incentivo EHR de Medicaid:

- [Alabama](#)
- [Missouri](#)

Desde el 4 de abril, 13 estados han iniciado sus programas de incentivo EHR de Medicaid, y seis estados han emitido pagos de incentivo para los EP de Medicaid que han adoptado, implementado, o actualizado tecnología EHR certificada. CMS espera anunciar el inicio de programas del estado adicionales en los próximos meses. Para una lista completa de los estados que ya han comenzado la participación en el programa de incentivo EHR de Medicaid, vea el documento *State Medicare Information* del sitio Web de EHR de CMS.

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el sitio Web *EHR Incentive Programs* para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones de los programas de incentivos EHR.

Recordatorio: La declaración para el programa de incentivo EHR de Medicare está solamente a pocas semanas de distancia. El 18 de abril, los EP de Medicare y los hospitales elegibles podrán usar los sistemas de declaración en Internet de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para cumplir con los criterios de uso significativo. Prepárese ahora para esta meta importante.

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

Fuente: CMS PERL 201104-19

Tarifas de solicitud de inscripción en Medicare

Recordatorio y nuevas categorías de revisión

Encuentre la manera en que le afectan las disposiciones de inscripción del proveedor puestas en vigencia el 25 de marzo. Aprenda más acerca de lo siguiente:

1. Ingreso de tarifas de solicitud del proveedor
2. Establecimiento de categorías de revisión de inscripción del proveedor
3. Facultad de imponer un moratorium temporal de proveedores y suplidores de Medicare de un tipo en particular en un área geográfica

El artículo *MLN Matters® MM7350* que ha sido titulado *“Implementation of Provider Enrollment Provisions in CMS-6028-FC”* explica la manera en que Medicare implementará las disposiciones citadas más arriba en la regulación reciente (CMS-6028-FC).

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

Fuente: CMS PERL 201104-05 201103-60,

Nuevas reglas de Medicare Shared Savings Program

El U.S. *Department of Health and Human Services* (Departamento de salud y servicio social de los EE.UU., HHS) publicó una propuesta de nuevas reglas para ayudar a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidados de la salud a coordinar mejor la atención de pacientes de Medicare por medio de *Accountable Care Organizations* (ACO). ACO crean incentivos para proveedores de cuidados de la salud de manera que trabajen unidos en el tratamiento de cada paciente individual a través del contexto de estos cuidados – incluyendo consultorios médicos, hospitales y establecimientos de cuidados a largo plazo. El *Medicare Shared Savings Program* (programa de ahorros compartido) recompensará a las ACO que bajen los costos de cuidados de la salud al mismo tiempo que alcanzan los estándares de desempeño en la calidad de los cuidados y ponen al paciente primero. La participación en una ACO es totalmente voluntaria tanto para paciente como para el proveedor.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han trabajado estrechamente con otras agencias federales, incluyendo *Department of Health and Human Services Office of Inspector General* (OIG), *Department of Justice* (DOJ), *Federal Trade Commission* (FTC) y el *Internal Revenue Service* (IRS), para asegurar que los proveedores y suplidores tienen las pautas claras y prácticas necesarias para formar ACO sin trasgredir las leyes sobre fraude y abuso, antimonopolios y de impuestos. Conjuntamente con la publicación de estas reglas propuestas, se ha emitido los documentos siguientes: una notificación conjunta de CMS y OIG y solicitud de comentarios públicos acerca de dispensas potenciales de ciertas

leyes de fraude y abuso en relación con el *Medicare Shared Savings Program*; una declaración de política antimonopolios propuesta en forma conjunta por FTC y DOJ y una notificación del IRS requiriendo comentarios acerca de la necesidad de pautas adicionales sobre impuestos para las organizaciones exentas de impuesto, incluyendo hospitales, que participan en el Medicare Shared Savings Program.

Las reglas propuestas y notificaciones conjuntas de CMS/OIG están puestas en: www.oig.gov/inspection.aspx.

Para más información, lea la hoja informativa en www.HealthCare.gov/news/factsheets/accountablecare03312011a.html.

Comentarios sobre la regla propuesta serán aceptados hasta el 6 de junio de 2011, en www.regulations.gov.

CMS responderá todos los comentarios en una reglamentación final a ser emitida más adelante durante este año.

El sitio Web de CMS dedicado a los suplidores y proveedores de servicios es www.cms.gov/sharedsavingsprogram.

La declaración de política antimonopolios propuesta, se encuentra en: www.ftc.gov/opp/aco/.

La guía y solicitud de comentarios del IRS será puesta en: <http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-11-20.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201103-65

Proceso de pago de incentivo de EHR de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1111
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 American Recovery and Reinvestment Act (Recovery Act) del 2009 provee pagos de incentivo comenzando en el 2011 para los profesionales elegibles (EP), hospitales elegibles, incluyendo los hospitales afiliados a Medicare Advantage, hospitales de cuidado crítico (CAH) que son usuarios significativos de tecnología de registro de salud electrónico (EHR). Este artículo describe el proceso de pago para el programa de incentivo EHR de Medicare, incluyendo preguntas y respuestas clave:

- Quién es elegible para el programa de incentivo EHR de Medicare y cómo se calculan los pagos?

- ¿Qué debo hacer para obtener un pago de incentivo EHR de Medicare?
- ¿Cuándo recibiré un pago?
- ¿Cómo recibiré el pago de incentivo?
- ¿Por qué es la cantidad menor de lo que pensé?

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1111.pdf>.

Edición especial CMS *MLN Matters* Artículo SE1111

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.

Suscríbase a mensajes de actualización de ICD-10

¿Sabía usted que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) tiene un servicio de e-mail de actualización específico para ICD-10 al que usted puede suscribirse?

Los e-mails de actualización de la industria CMS ICD-10 dan a los suscriptores información oportuna acerca de las próximas transiciones de versión 5010 e ICD-10. Cada mensaje es depositado directamente en su e-mail inbox, proveyendo recordatorios útiles, información sobre nuevos recursos y otras novedades de ICD-10 y versión 5010. Mensajes recientes han cubierto temas importantes, tales como:

- Congelación parcial de códigos previo a la implementación de ICD-10;
- Pruebas externas de transacciones estándares de versión 5010; y
- La correspondencia de equivalencia general (GEM).

Para inscribirse a los e-mails de actualización de la industria ICD-10 o para revisar e-mails de actualizaciones previas, visite http://www.CMS.gov/ICD10/02d_CMS_ICD-10_Industry_Email_Updates.asp. Para mantenerse al día en versión 5010 e ICD-10 y para las últimas novedades y recursos, asegúrese de mantenerse al tanto con <http://www.CMS.gov/ICD10>.

La versión 5010 e ICD-10 están llegando. ¿Estará usted listo?

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

Fuente: CMS PERL 201103-54

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Mayo-junio 2011

Medifestival San Juan 2011 (Parte A y Parte B)

Cuando: 18 al 20 de mayo
Hora: 8:00 a.m.- 4:30 p.m. ET
Tipo: Seminario en persona
Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido a: Puerto Rico.

Navegando a través de Medicare (Parte B)

Cuando: 18 de mayo
Hora: 9:00 a.m.- mediodía ET
Tipo: Seminario en persona
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Islas Vírgenes de los EE.UU.

E/M documentación médica y de codificación: Errores y soluciones

Cuando: 18 de mayo
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Seminario técnico sobre la transición a la versión HIPAA 5010. Primera sesión

Cuando: 23 de mayo
Hora: 9:00 a.m.- 10:30 a.m. ET
Tipo: Seminario en persona
Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido a: Puerto Rico

Seminario técnico sobre la transición a la versión HIPAA 5010. Segunda sesión

Cuando: 23 de mayo
Hora: 1:00 - 2:30 p.m. ET
Tipo: Seminario en persona
Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido a: Puerto Rico

Seminario técnico sobre la transición a la versión HIPAA 5010. Primera sesión

Cuando: 24 de mayo
Hora: 9:00 a.m.- 10:30 a.m. ET
Tipo: Seminario en persona
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Seminario técnico sobre la transición a la versión HIPAA 5010. Segunda sesión

Cuando: 24 de mayo
Hora: 1:00 - 2:30 p.m. ET
Tipo: Seminario en persona
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Documentación de Medicare y errores de codificación: ¿Cuál es el costo para usted?

Cuando: 7 de junio
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

E/M documentación médica y de codificación: Errores y soluciones

Cuando: 8 de junio
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: 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.

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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

Cobertura y Reembolso

Actualización de archivo trimestral del proveedor abril de 2011

Los archivos específicos trimestrales del proveedor (PSF), los archivos de datos SAS, y los archivos de datos de texto de abril de 2011, están ahora disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Los archivos de datos SAS están disponibles en la sección de *Downloads* en http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp y los archivos de datos de texto en la sección de *Downloads* en http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp. Si usted utiliza el texto específico del proveedor o los datos del archivo SAS, vaya a la página correspondiente y descargue la última versión de los archivos PSF.

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

Fuente: CMS PERL 201104-37

Enfermedad renal terminal PC Pricer de 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están desarrollando el sistema de pagos prospectivos de enfermedad renal en su estado terminal PC Pricer de 2011. Se espera que PC Pricer esté disponible en mayo de 2011. El enlace para descargar PC Pricer, cuando esté disponible es: http://www.cms.gov/PCPricer/02e_ESRD_Pricer.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201103-61

Actualización de archivos OPPS Pricer de 2011

La página Web del *Outpatient Prospective Payment System* (OPPS) Pricer ha sido actualizada con nuevos archivos de pago para la actualización de 2011 de OPPS, tal como está especificado en la orden de cambio (CR) 7342. Los archivos están listos para ser descargados de la sección "2nd Quarter 2011 Files" de la página Web de OPPS Pricer, en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp>. Si usted utiliza archivos OPPS Pricer, vaya a esta página y descargue los archivos indicados más arriba.

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

Fuente: CMS PERL 201103-59

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.

Facturación

Facturación de códigos de servicios preventivos

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema en el sistema de procesamiento, que está causando que ciertos servicios preventivos prestados en establecimientos institucionales sean procesados incorrectamente. La siguiente información determina la acción que deben tomar los contratistas administrativos de reclamaciones de Medicare:

- Los códigos de servicios preventivos de la orden de cambio (CR) 7012 y códigos de procedimiento quirúrgico 10000-69999 provistos en la misma fecha y la misma consulta como colonoscopia, sigmoidoscopia flexible o enema de bario que fueron iniciados como servicios de exploración de cáncer colorrectal con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, fueron suspendidos debido a que se aplicó erróneamente tanto el deducible como el coseguro. El 4 de abril de 2011 fue implementada una corrección parcial de este problema.
- Reclamaciones por pacientes, con códigos de vacuna de hepatitis B 90740-90747 presentadas en tipo de factura 13x con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, están suspendidas si son el único servicio presente en la reclamación. Además, las reclamaciones con servicios de vacuna de hepatitis B no están siendo pagadas cuando se está cobrando por otros servicios en la misma reclamación. Los contratistas de medicare han sido notificados de retener las reclamaciones afectadas por este problema hasta que se haya implementado una corrección. Los proveedores de Medicare serán notificados de esta corrección por medio de un mensaje Listserv.
- Las reclamaciones del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio (OPPS) que contienen códigos G0402, G0389, Q0091, G0101, G0130, 77078, 77079, 77080, 77081, 77083, 76977, G0104, G0105, G0106, G0120, G0121, G0008, G9141, G0009, G0436 y G0437 presentadas en tipo de factura 13x con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, están aplicando erróneamente tanto el deducible como el coseguro. Los contratistas de medicare han sido notificados de retener las reclamaciones afectadas por este problema. Una corrección del software ha sido fijada para el 9 de mayo de 2011.

A medida que se hacen las correcciones de software, los contratistas de Medicare pondrán en circulación cualquier aplicación suspendida y reprocesarán automáticamente las reclamaciones por servicios preventivos y quirúrgicos, con un modificador PT (primera viñeta de más arriba), que hayan sido pagadas incorrectamente o se les hay aplicado erróneamente ya sea deducible o coseguro. La mayoría del reprocesamiento estará completado el 31 de mayo de 2011. Sin embargo, las reclamaciones que han sido suspendidas por servicios quirúrgicos facturados con un modificador PT (primera viñeta de más arriba), reembolsados según OPPS serán puestas en circulación junto con la implementación del software editor del código de paciente ambulatorio integrado (I/OCE), en julio de 2011. El reprocesamiento de las reclamaciones que han sido pagadas incorrectamente debido a este problema, será completado el 31 de julio de 2011.

Para más información vea el artículo de MLN Matters [MM7012](#) emitido el 2 de marzo de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201104-17

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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

Hospital

Información para mejorar la seguridad del paciente

El sitio Web de Hospital Compare ofrece nuevos datos sobre las condiciones adquiridas del hospital en más de 4,700 hospitales en toda la nación

Por primera vez, los pacientes de Medicare pueden ver cuán frecuentemente los hospitales reportan serias condiciones que se desarrollan durante una estancia de hospitalización y que posiblemente afecta a los pacientes. Nuevos datos importantes sobre la seguridad del cuidado disponible en los hospitales de América han sido añadidos al sitio Web de Hospital Compara de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

El sitio Web Hospital Compare puede ser accedido en www.HealthCare.gov/compare.

“Cualquier complicación potencialmente prevenible de la atención médica es inaceptable”, dijo el Administrador de CMS Donald Berwick, M.D. “Nosotros en CMS estamos trabajando junto con el hospital y la comunidad del consumidor para traer las condiciones adquiridas del hospital a la vanguardia y hacer todo lo que podamos para eliminar cualquier daño que el sistema de atención médica, que pretende sanarnos, pueda causar”.

Estas condiciones serias, también conocidas como condiciones adquiridas del hospital (o HAC), frecuentemente resultan de procedimientos impropios seguidos durante la atención de hospitalización. La publicación de los datos muestra el número de veces que un HAC ocurrió para los pacientes de tarifa por servicio (FFS) de Medicare entre octubre de 2008 y junio de 2010. Los números son reportados como número de los HAC por 1,000 dadas de alta, y no son ajustados por la población de pacientes del hospital o caso mixto.

Los datos independientes del Institute of Medicine estiman que tantas como 98,000 personas mueren en los hospitales cada año por errores médicos que pudieron prevenirse a través de la atención apropiada. Aunque no cada HAC representa un error médico, los índices HAC proveen pistas importantes sobre el estado de seguridad del paciente en los hospitales de América. En particular, los HAC muestran cuan frecuente los siguientes eventos potencialmente mortales toman lugar:

- Infecciones de sangre de un catéter colocado en el hospital;
- Infecciones del tracto urinario de un catéter colocado en el hospital;
- Caídas, quemaduras, descargas eléctricas, huesos rotos, y otras heridas durante la estancia en un hospital;
- Transfusiones de sangre con sangre incompatible;
- Úlceras por presión (también conocidas como

úlceras de decúbito) que se desarrollan después que un paciente ingresa al hospital;

- Heridas y complicaciones de aire o burbujas de gas ingresados en un vaso sanguíneo;
- Objetos dejados en el paciente después de cirugía (tales como esponjas o instrumentos quirúrgicos);
- Pobre control de azúcar en la sangre para los pacientes con diabetes.

En total, CMS reporta los índices HAC para ocho medidas, las cuales fueron seleccionadas debido a que incurren en altos costos al programa de Medicare o por que ocurren frecuentemente durante las estancias de hospitalización para los pacientes de Medicare. Además, los HAC usualmente resultan en índices de reembolso más alto para los hospitales cuando incurren en complicaciones en la estancia de hospitalización del paciente porque requieren más recursos para atender al paciente con la complicación. Por último, CMS considera que los HAC son condiciones que pueden razonablemente ser prevenidas a través del uso de directrices basadas en evidencia para la atención médica apropiada de hospitalización.

CMS ha recopilado los índices HAC de los hospitales desde el 2007. Desde el 2008, Medicare no ha provisto reembolso adicional por casos en el cual uno de los HAC fue reportado puesto que se desarrolló a través del curso de la estancia de hospitalización del paciente.

Los índices para los ocho índices HAC reportados en el Hospital Compare varían entre hospitales. El HAC más común reportado fue el de herida por resultado de una caída o algún otro tipo de trauma, el cual ocurrió solamente una vez cada 2,000 dadas de alta. Sobre 70 por ciento de los hospitales reportaron al menos una caída o trauma durante el periodo de reporte.

Los índices por infección fueron también relativamente comunes, con sobre 45 por ciento de los hospitales reportando al menos una infección de sangre o tracto urinario desarrollada durante la estancia en un hospital. En toda la nación, una infección de sangre o tracto urinario fue reportada una vez por cada 3,300 dadas de alta. Los índices fueron más bajos para los casos de incompatibilidad de sangre, el cual fue reportado por menos del 1 por ciento de los hospitales y ocurrió una vez por cada 1,000,000 dadas de alta.

CMS está trabajando con los miembros de Hospital Quality Alliance, una asociación privada-pública

Continúa en página 26

Información...(continuación)

nacional de hospital, consumidor, proveedor, empleador, pagador, y agencias del gobierno para hacer de los datos HAC accesibles al público en formas significativas, relevantes, y fáciles de entender que exhortan a mejorar la calidad de la atención médica. Más tarde este año, CMS trabajará con Alliance y directamente con los consumidores sobre cómo recoger datos HAC directamente en el marco de Hospital Compare. Por ahora, los datos HAC están disponibles a través de un archivo descargable enlazado al sitio Web de Hospital Compare.

CMS también está trabajando con sus contratistas de Quality Improvement Organization (QIO) para ofrecer a los hospitales los recursos que necesitan para eliminar los HAC tanto como sea posible. Por ejemplo, los QIO han estado trabajando desde el 2008 con los proveedores en todo el país para reducir los índices de infecciones asociadas a hospital, aminorar los índices de úlceras por presión en centros de enfermería y hospitales, y mejorar la seguridad y reducir la infección por cirugías en pacientes. Más información sobre los esfuerzos de los QIO está en línea en <http://www.cms.gov/qualityimprovementorgs>.

Además de la información sobre los HAC, Hospital Compare reporta 25 procesos del paciente hospitalizado y cinco ambulatorios de medidas de la atención médica, readmisiones e índices de mortalidad para ciertas condiciones, tres medidas de la atención de asma en niños, y 10 medidas que capturan la satisfacción del paciente con la atención médica del hospital. El sitio también

presenta información sobre el volumen de ciertos procedimientos de hospital realizados y condiciones tratadas por los pacientes de Medicare y que paga Medicare por esos servicios.

La información contenida en Hospital Compare está disponible para que los consumidores la utilicen al realizar decisiones de la atención médica. Sin embargo, los consumidores deben recopilar información de múltiples fuentes cuando seleccionan un hospital. Por ejemplo, los pacientes y los médicos pueden utilizar el sitio Web para ayudarles a discutir los planes de la atención con sus proveedores confiables de la atención médica. En una situación de emergencia, los pacientes deben siempre ir al centro de salud más cercano y de más fácil acceso.

Los consumidores han confiado en Hospital Compare desde el 2005 para proveer información sobre la calidad del cuidado provisto en más de 4,700 de los hospitales del cuidado crítico, acceso crítico y de niños en América. Hospital Compare es uno de los sitios Web más populares de CMS, recibiendo sobre 1 millón de visitas a la página cada mes.

Para revisar los datos HAC publicados hoy por CMS, visite la sección "Hospital Spotlight" de Hospital Compare en línea en www.HealthCare.gov/compare.

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

Fuente: CMS PERL 201104-14

Podcast 'vulnerabilidades de necesidad médica' de alto riesgo detectadas en los hospitales por el programa de auditoría de recuperación

Medicare Learning Network® ha publicado la primera de una serie de *podcasts* diseñadas a educar a los proveedores a tarifa fija en la manera de evitar errores comunes de facturación y otras actividades impropias cuando se relacionen con el programa Medicare. Este *podcast* titulado "Recovery Audit Program (RAP) Demonstration High-Risk Medical Necessity Vulnerabilities for Inpatient Hospitals" ('vulnerabilidades de necesidad médica de alto riesgo detectadas en los hospitales por el programa de auditoría de recuperación', está basado en el artículo 1027 de la edición especial (SE) de *MLN Matters* y discute alguno de los 17 hallazgos identificados por el RAP, en un esfuerzo por prevenir problemas de pago incorrecto en el futuro. Para descargar este *podcast*, visite la página Web multimedia de MLN en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/MLM/list.asp> y haga clic en "Provider Compliance" en la lista de tópicos. Esté atento por futuros *podcasts* de MLN.

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

Fuente: CMS PERL 201103-55

Recursos PEPPER de hospitales de cuidado crítico

Comenzando en abril de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) harán disponible los reportes gratuitos de datos comparativos específicos de hospital, *Program for Evaluating Payment Patterns Electronic Report* (PEPPER), para los hospitales de cuidado crítico (CAH) en toda la nación. El *Program for Evaluating Payment Patterns Electronic Report* (PEPPER) provee estadísticas de datos específicos de hospital para las dadas de alta de Medicare en riesgo de pagos impropios. Los hospitales pueden usar los datos para sustentar auditorías internas y monitorear actividades. PEPPER es el único reporte gratuito que compara las prácticas de facturación de Medicare de los CAH con otros CAH por estado, contratista administrativo de Medicare (MAC) o jurisdicción de intermediario fiscal (FI) y la nación. CMS ha contratado a *TMF Health Quality Institute* para desarrollar y distribuir los reportes.

PEPPER distribuirá electrónicamente a los administradores de CAH *QualityNet* y aquellos que tienen cuentas básicas de usuario con el rol de recipiente PEPPER cerca del lunes, 25 de abril, vía un intercambio de archivo seguro de *My QualityNet*. En preparación para recibir y descargar PEPPER de *My QualityNet*, estas personas deben verificar que sus sistemas de computadoras están equipados con el software y la configuración necesaria para usar *My QualityNet* al seguir los siguientes pasos en www.qualitynet.org (vea “*Getting Started With QualityNet*” y “*Test Your System*”). Información adicional sobre descargar PEPPER de *My QualityNet* puede encontrarse en <http://www.pepperresources.org/PEPPER/DownloadingPEPPER.aspx> (incluye preparación del sistema y guía de prueba, consejos para resolver los problemas y una guía para los cambios de configuración para la compatibilidad con *QualityNet*).

Los CAH pueden trabajar con su *Quality Improvement Organization* (QIO) para obtener una cuenta de administrador de *QualityNet* al visitar www.qualitynet.org y hacer clic en el enlace “*Hospitals - Inpatient*”. Obteniendo una cuenta *My QualityNet* puede tomar varias semanas; los CAH deben planear como corresponda.

TMF Health Quality Institute, llevará a cabo una sesión de adiestramiento basada en Internet para el personal del CAH proveyendo información sobre PEPPER y cómo utilizarlo el jueves, 28 de abril, a la 1 p.m. Hora Central. Para inscribirse en el curso, el personal del CAH debe visitar <https://tmfevents.webex.com>. El curso será grabado y publicado en <http://www.pepperresources.org>.

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

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

Fuente: CMS PERL 201104-03

Podcast de auditoría de recuperación de hospitales

El *Medicare Learning Network*[®] ha publicado la segunda en una serie de podcasts diseñados para educar a los proveedores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare sobre cómo evitar errores comunes de facturación y otras actividades impropias cuando se trata con el programa de Medicare. Este *podcast* titulado “*Recovery Audit Program (RAP) Demonstration High-Risk Diagnosis Related Group (DRG) Coding Vulnerabilities for Inpatient Hospitals*”, está basado en la edición especial del *MLN Matters*, artículo 1028, y trata algunos de los hallazgos identificados por el RAP en un esfuerzo de prevenir problemas de pagos impropios en el futuro. Para descargar este *podcast*, visite la página Web *MLN* multimedia en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/MLM/list.asp> y haga clic en “*Provider Compliance*” de la lista de artículos que contienen el título de este *podcast*. Manténgase alerta para futuros *podcasts* del *MLN*.

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

Fuente: CMS PERL 201104-34

Reglas propuestas de hospital de Medicare

Ayudarían a mejorar la calidad del cuidado

La propuesta continúa la unión de la cantidad de actualización anual para muchos hospitales para la participación en el programa del paciente hospitalizado del reporte de calidad

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla propuesta que actualizaría las pólizas de pago de Medicare y los índices para los hospitales en el año fiscal (FY) 2012. Las propuestas incluidas en la regla ayudarían a sustentar los esfuerzos de la Administración Obama de reformar nuestro sistema de entrega del cuidado de la salud al mejorar la calidad de la atención médica y los resultados para los pacientes, trataría el crecimiento del costo de la atención de salud a largo plazo, y sustentaría las metas de la recientemente anunciada Partnership for Patients.

“Las propuestas que CMS está haciendo hoy reflejan una premisa subyacente de que podemos mejorar la calidad y el acceso al cuidado mientras al mismo tiempo desaceleramos el crecimiento en el gasto de la atención médica”, dijo el Administrador de CMS Donald M. Berwick, M.D. “De hecho, existe un aumento de evidencia de que mejorando el cuidado médico enfocándose en las necesidades del paciente, reduciendo servicios duplicados innecesarios, y evitando errores costosos y condiciones adquiridas prevenibles del cuidado de la salud es la clave para reducir el crecimiento del costo del cuidado de la salud”, dijo él.

La regla propuesta actualizaría las pólizas de pago y los índices para los hospitales del cuidado crítico pagados bajo el sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS), como también hospitales pagados bajo el sistema de pagos prospectivos de hospital del cuidado a largo plazo (LTCH PPS). La regla propuesta también mejoraría y expandiría el programa de reporte de calidad del hospital del paciente hospitalizado (IQR) con un mayor enfoque en los resultados del paciente y las experiencias del cuidado y establecer el marco para un nuevo programa de reporte de calidad que aplicaría a los hospitales pagados bajo el LTCH PPS.

Mejorando la atención médica del paciente

La regla propuesta incluye varias propuestas de mejoras de calidad que sustentará una mayor calidad y esfuerzos de seguridad para el paciente en todo el Departamento de Salud y Servicios Humanos, incluyendo el Partnership for Patients. El Partnership for Patients es una nueva asociación pública-privada que ayudará a mejorar la calidad, seguridad y asequibilidad en el costo del cuidado de la salud para los beneficiarios de Medicare, Medicaid and Child Health Insurance Program (CHIP) y, por

extensión, todos los americanos. Una de las metas de la Asociación es el de reducir complicaciones prevenibles durante una transición de un ambiente del cuidado de la salud a otro para que todas las readmisiones de hospital puedan ser reducidas al 20 por ciento para el 2014 comparado al 2010. El lograr esta meta significaría que más de 1.6 millones de pacientes adicionales se recuperarían de una enfermedad sin sufrir una complicación prevenible requiriendo re-hospitalización dentro de 30 días de la dada de alta.

Estudios conducidos por el Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) y otros muestra que tantos como 1 en 3 pacientes de Medicare que abandonan el hospital serán readmitidos dentro de 30 días de la dada de alta, y que una gran porción de estas readmisiones pueden ser evitadas a través de una atención médica del hospital bien coordinada y de gran calidad. Para proveer a los hospitales con un incentivo para mejorar la coordinación de la atención médica, el Affordable Care Act dirige a CMS a implementar un programa de reducción de readmisiones de hospital que reducirá los pagos comenzando en FY 2013 para ciertos hospitales que tienen un exceso de readmisiones para ciertas condiciones selectas. La regla propuesta hoy propone medidas para los índices de readmisiones para tres condiciones infarto agudo al miocardio (o ataque al corazón), fallo del corazón, y neumonía. CMS también está proponiendo una metodología que sería usada para calcular los índices de exceso de readmisiones para el programa. Condiciones adicionales pueden ser añadidas en regulaciones futuras. Los ajustes de pago aplicarán a los pagos de hospitales en el FY 2013, comenzando con las dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2012.

La regla propuesta también incluye propuestas dirigidas a exhortar mejoras en la calidad del cuidado en ambientes de hospital del paciente hospitalizado, y realiza propuestas que alinearían el programa existente de reporte de calidad del paciente hospitalizado con un nuevo programa propuesto de compra basada en valor de hospital exigido por el Affordable Care Act.

La regla propuesta establece el trabajo preliminar para un programa de reporte de calidad bajo el LTCH PPS, al proponer el primer conjunto de medidas para reportar en FY 2013, para la determinación de pago en FY 2014, y discute consideraciones específicas de calidad para los hospitales que proveen cuidado de nivel agudo a los pacientes que requieren estancias más largas. Para ser pagado bajo el LTCH PPS, un hospital debe tener una duración promedio de estancia para todos los pacientes que trata que excede 25 días.

Continúa en página 29

Reglas...(Continuación)**Actualizaciones de pago**

La regla propuesta, la cual aplicaría a aproximadamente a 3,400 hospitales del cuidado agudo y aproximadamente 420 LTCH, sería efectiva para las dadas de alta que ocurren a partir del 1 de octubre de 2011. Bajo la regla propuesta, CMS proyecta que los pagos de operación de Medicare a los hospitales del cuidado agudo para las dadas de alta que ocurren en FY 2012 se reducirían para un \$498 millones o 0.5 por ciento en FY 2012 relativo al FY 2011. Esto incluye una actualización de hospital de 1.5 por ciento (basado en una actualización proyectada de la bolsa del mercado de 2.8, reducido por un ajuste de productividad y un 0.1 por ciento adicional), incrementado por 1.1 por ciento en respuesta a litigación, como también documentación y ajuste de codificación de -3.15 puntos porcentuales para cubrir cargos en documentación y codificación siguiendo la adopción de la severidad de los DRG de Medicare que no reflejó incrementos actuales en la severidad de la enfermedad del paciente. Los pagos de Medicare a los LTCH en FY 2012 están proyectados para incrementarse a \$95 millones o 1.9 por ciento.

La ley de Medicare exige a CMS que pague a los hospitales del cuidado agudo (con algunas excepciones que están especificadas en la ley) para estancias de hospitalización bajo el IPPS y hospitales del cuidado a largo plazo bajo el LTCH PPS. Estos sistemas de pago establecen un conjunto de índices prospectivos basado en el diagnóstico del paciente y la severidad de la condición médica del paciente. Bajo el IPPS y el LTCH PPS, un hospital recibe un solo pago para el caso basado en la clasificación de pago asignada de la dada de alta. La ley exige que CMS actualice los índices de pago para ambos tipos de hospitales anualmente para cubrir cambios en los costos de bienes y servicios usados por estos hospitales en tratar a los pacientes de Medicare, como también otros factores.

La regla propuesta puede ser descargada del *Federal Register* en: [http://www.ofr.gov/\(X\(1\)S\(0pg4mj34jefdgje5yrknosin\)\)/OFRUpload/OFRData/2011-09644_PI.pdf](http://www.ofr.gov/(X(1)S(0pg4mj34jefdgje5yrknosin))/OFRUpload/OFRData/2011-09644_PI.pdf) o en www.ofr.gov/inspection.aspx.

CMS aceptará comentarios públicos sobre la regla propuesta hasta el 20 de junio de 2011, y responderá a ellos en una regla final a ser provista para el 1 de agosto de 2011.

También, CMS emitió hojas informativas para información adicional en http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201104-33

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.

Pago de incentivo a 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 CAH*” 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/MLN MattersArticles/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 y 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.

Hoja informativa Inpatient Rehabilitation Services

Una nueva publicación titulada *Inpatient Rehabilitation Services* está ahora disponible en formato descargable del *Medicare Learning Network*® en

http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Inpatient_Rehab_Fact_Sheet_ICN905643.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los servicios de rehabilitación del paciente hospitalizado para los proveedores del cuidado de la salud, e incluye información sobre la documentación necesaria para sustentar una reclamación presentada a Medicare para los servicios de rehabilitación del paciente hospitalizado.

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

Fuente: CMS PERL 201104-34

Salud en Zonas Rurales

Dispensa de coseguro y deducible de RHC

Nota: El artículo MM7041 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en febrero de 2011, en Medicare A y B Al Día (página 31).

Número de *MLN Matters*: MM7208

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/MLN MattersArticles/downloads/MM7208.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7208, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2186CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2186, CR 7208

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

Centros de Enfermería Especializada

Foro público sobre SNF de cuidados a largo plazo

El próximo foro público sobre establecimientos de centros de enfermería especializada (SNF) de cuidados a largo plazo, está fijado para el jueves 12 de mayo de 2:00 a 3:00 p.m. ET. Si desea participar, marque el 800-837-1935 conferencia número ID 44708925. Este llamado será solamente para la conferencia.

Para ver el anuncio de participación completo vea la sección "Downloads" en el URL siguiente:

http://www.cms.gov/OpenDoorForums/25_ODF_SNFLTC.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201104-28

Clarificación del manual de facturación SNF

Número de *MLN Matters*: MM7339

Número de petición de cambio relacionado: 7339

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

Fecha de efectividad: 28 de junio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2183CP

Fecha de implementación: 28 de junio de 2011

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7339, que provee varias clarificaciones para facturación de centros de enfermería especializada (SNF) Parte A. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están incluyendo las clarificaciones siguientes al manual *Claims Processing Manual* de Medicare, Capítulo 6, *SNF Inpatient Part A Billing* (facturación de paciente hospitalizado Parte A):

- Facturación de servicios de pagos prospectivos (PPS) de SNF
- Codificación de facturas PPS por servicios complementarios
- Reprocesamiento secuencial de facturas de pacientes hospitalizados
- Guía adicional de permiso de ausentarse al trabajo
- Clarificación de componente técnico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7339.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7339, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2183CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2183, CR 7339

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

Educación

Hoja informativa ‘Federally Qualified Health Center’

La publicación revisada titulada *Federally Qualified Health Center* (revisada en marzo de 2011) está ahora disponible en formato descargable de *Medicare Learning Network*® en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/fqhcfactsheet.pdf>. Esta hoja informativa está designada a educar, en relación a los centros de salud federalmente calificados (FQHC), acerca de lo siguiente:

- Antecedentes
- FQHC designación
- Servicios FQHC cubiertos
- Servicios preventivos FQHC primarios sin cobertura
- Sistema de pagos prospectivos FQHC
- Pagos FQHC

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

Fuente: CMS PERL 201104-11

Hoja informativa HH PPS en formato impreso

La hoja informativa Home Health Prospective Payment System (revisada en enero de 2011) ahora está disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network*[®]. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS), incluyendo información de trasfondo y requisitos de facturación consolidada, cobertura de servicios HH, elementos del HH PPS, y requisitos adicionales. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque abajo en su pantalla “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

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

Fuente: CMS PERL 201104-34

Revisión de hoja informativa de Medicare sobre participación desproporcionada del hospital

La publicación revisada titulada “*Medicare Disproportionate Share Hospital*” (revisada en marzo de 2011) está ahora disponible en formato descargable en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Disproportionate_Share_Hospital.pdf. Esta hoja informativa está designada a proveer educación sobre participación desproporcionada del hospital de Medicare (DSH) incluyendo antecedentes, método para calificar para el ajuste DSH de Medicare; prescripción de medicinas de Medicare, mejoras y disposiciones de la *Modernization Act of 2003* y *Deficit Reduction Act of 2005* que afectan DSH de Medicare; número de camas en determinación de hospital y fórmulas de ajuste de pago de hospital DSH de Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201104-25

Actualización de materiales de aprendizaje MDS 3.0

Los siguientes videos han sido puestos en YouTube y están disponibles para ser descargados de la Internet:

- Sección M: condiciones de la piel;

Discusión de panel de “*Evening Experts*”;

- Presentación de Dr. Deb Saliba.

Haga clic en el enlace de *YouTube Link* que corresponda en “*Related Links Outside of CMS*” en la URL siguiente: http://www.cms.gov/OpenDoorForums/25_ODF_SNFLTC.asp.

Se agregará más material a medida que sea completado. También puede visitar “*CMS YouTube Channel*” en www.youtube.com/cmshhsgov.

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

Fuente: CMS PERL 201103-53

Información General

Cambios manuales para terapia en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM7374

Número de petición de cambio relacionado: 7374

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de abril de 2011

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R142BP

Fecha de implementación: 5 de mayo de 2011

Resumen

La Regla Final del año calendario (CY) 2011 para Salud en el Hogar incluyó requisitos relacionados a cómo y cuándo los servicios de terapia deben ser provistos en los escenarios de salud en el hogar, como también requisitos de documentación para estas visitas. Por consiguiente, la póliza en la Publicación 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 7 en <http://www.cms.gov/manuals/Downloads/bp102c07.pdf>, está siendo actualizada para documentar las revisiones de póliza. Los cambios clave de estas actualizaciones están resumidos como siguen:

Evaluación, medida, y documentación de la efectividad de terapia por terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, y patólogos del habla-lenguaje

- Evaluación inicial de terapia
- Reevaluación de al menos cada 30 días (realizado en conjunción con un servicios de terapia ordenado)
- Reevaluación antes de 14a y 20a visita de terapia

Los terapeutas calificados, en vez de los asistentes de terapia para los servicios de terapia ocupacional y física, deben proveer evaluaciones para las visitas en intervalos específicos.

Nota: Esto no incluye los servicios de patología del habla-lenguaje.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7374.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7374, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R142BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 142, CR 7374

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.

Correcciones a pagos de procedimiento múltiple

Ha llamado la atención de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) que el sistema intermediario fiscal compartido (FISS) esté tomando reducciones de pago de procedimiento múltiple (MPPR) sobre reclamaciones sin considerar si los servicios han sido prestados el mismo día. Como resultado de este error de codificación, han sido procesados incorrectamente todas las reclamaciones con uno de los códigos de terapia especificados en la orden de cambio (CR) 7050, que tengan fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2011, procesadas entre el 3 de enero y 6 de febrero de 2011.

El 7 de febrero de 2011 fueron implementados con éxito los cambios al sistema y CMS ha dado instrucciones a los contratistas de Medicare, de ajustar las reclamaciones procesadas incorrectamente.

CMS ha también tomado conocimiento de que FISS estaba usando un archivo de tasa que contenía tasas que reflejaban un 20 por ciento de reducción en lugar del 25 por ciento que corresponde a reclamaciones institucionales. Como resultado de este error, todos los servicios de terapia sujetos a MPPR con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, han sido pagados cantidades incorrectas.

Los contratistas de Medicare instalarán un archivo de tasas correctas a principios de mayo y CMS ha dado instrucciones a los contratistas de Medicare, de ajustar, a más tardar el 30 de junio de 2011, las reclamaciones pagadas incorrectamente.

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

Fuente: CMS PERL 201104-21

Reprocesamiento de reclamaciones de FQHC

A partir del 1 de enero de 2011, los centros de salud calificados federalmente (FQHC) comienzan a reportar códigos del *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) para todos los servicios prestados durante la consulta/visita. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han dado instrucciones a los proveedores FQHC de presentar cargos asociados con la consulta/visita en la línea de ingreso 052x con un código de evaluación y manejo (E/M) HCPCS.

CMS ha tomado conocimiento de que el coseguro podría estar siendo calculado de manera incorrecta cuando las reclamaciones son presentadas con líneas de ingreso 052x múltiples en tipos de factura 77x.

El sistema intermediario fiscal compartido (FISS) ha sido actualizado para asegurar que el coseguro es aplicado a la línea de ingreso 052x que contiene el código E/M HCPCS.

Contacte su contratista de Medicare e identifique cualquier reclamación que haya sido procesada incorrectamente según se indica más arriba. Su contratista ajustará todas las reclamaciones que le sean indicadas.

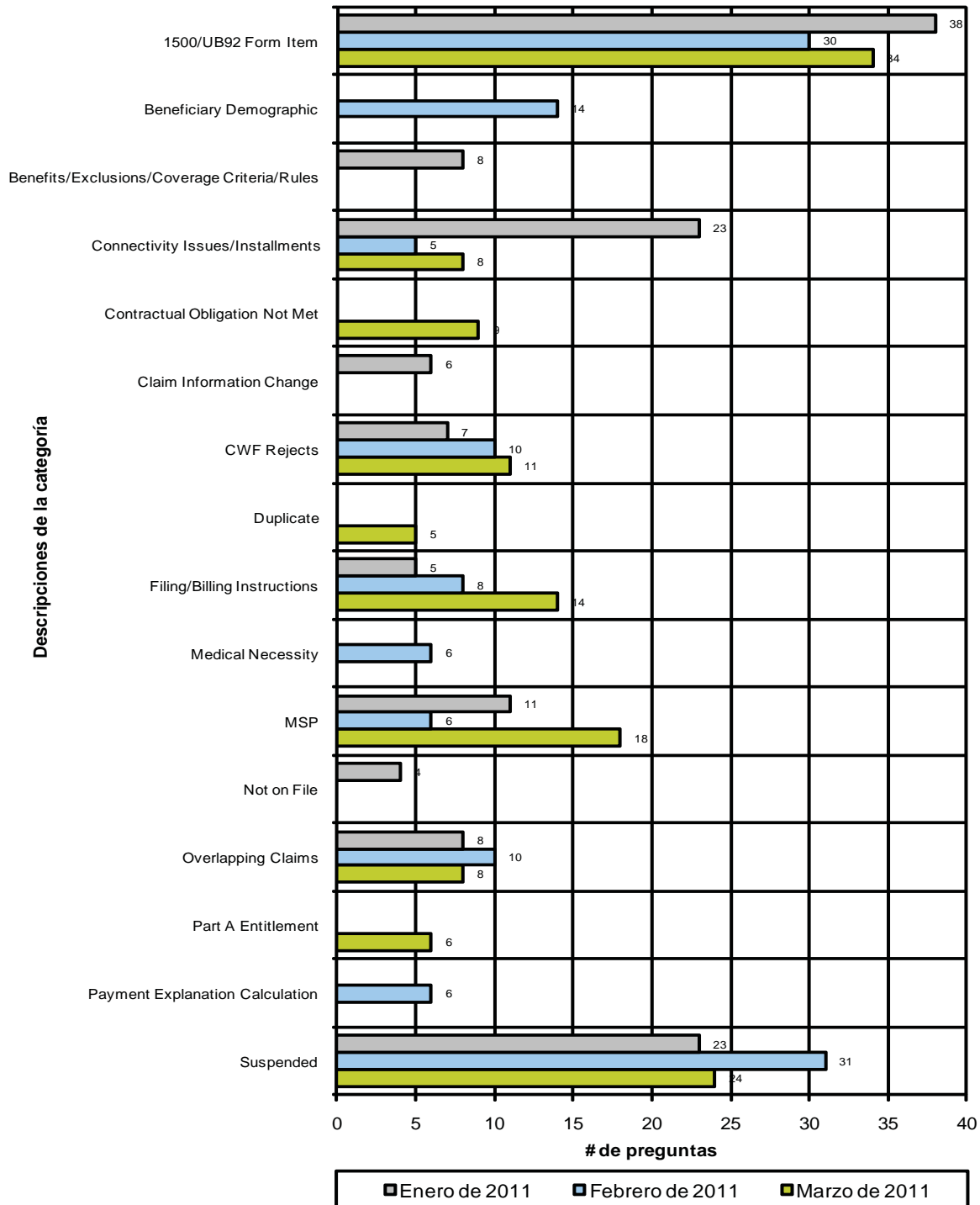
Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201104-20

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

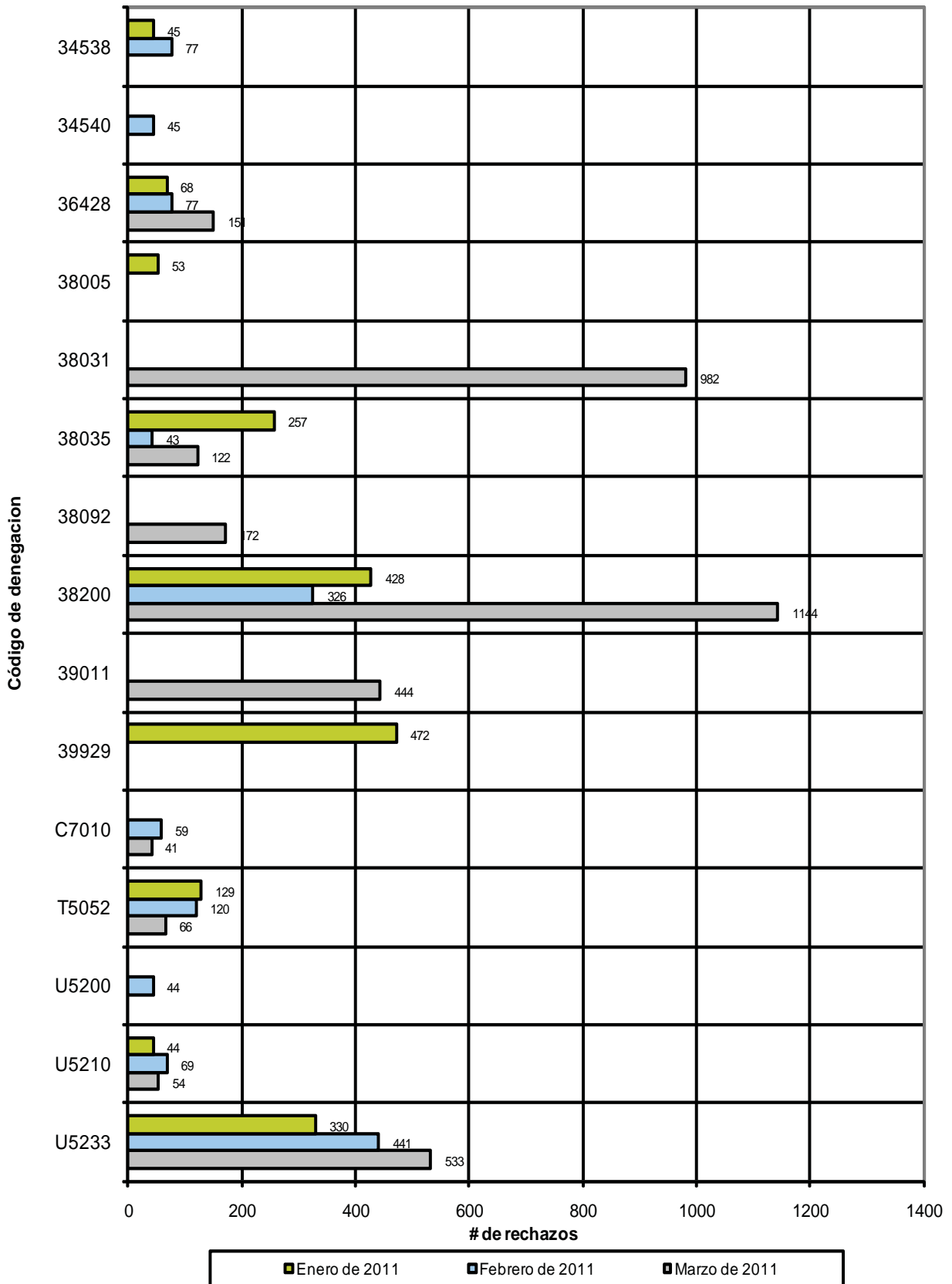
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de enero - marzo de 2011. Para consejos y recursos que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



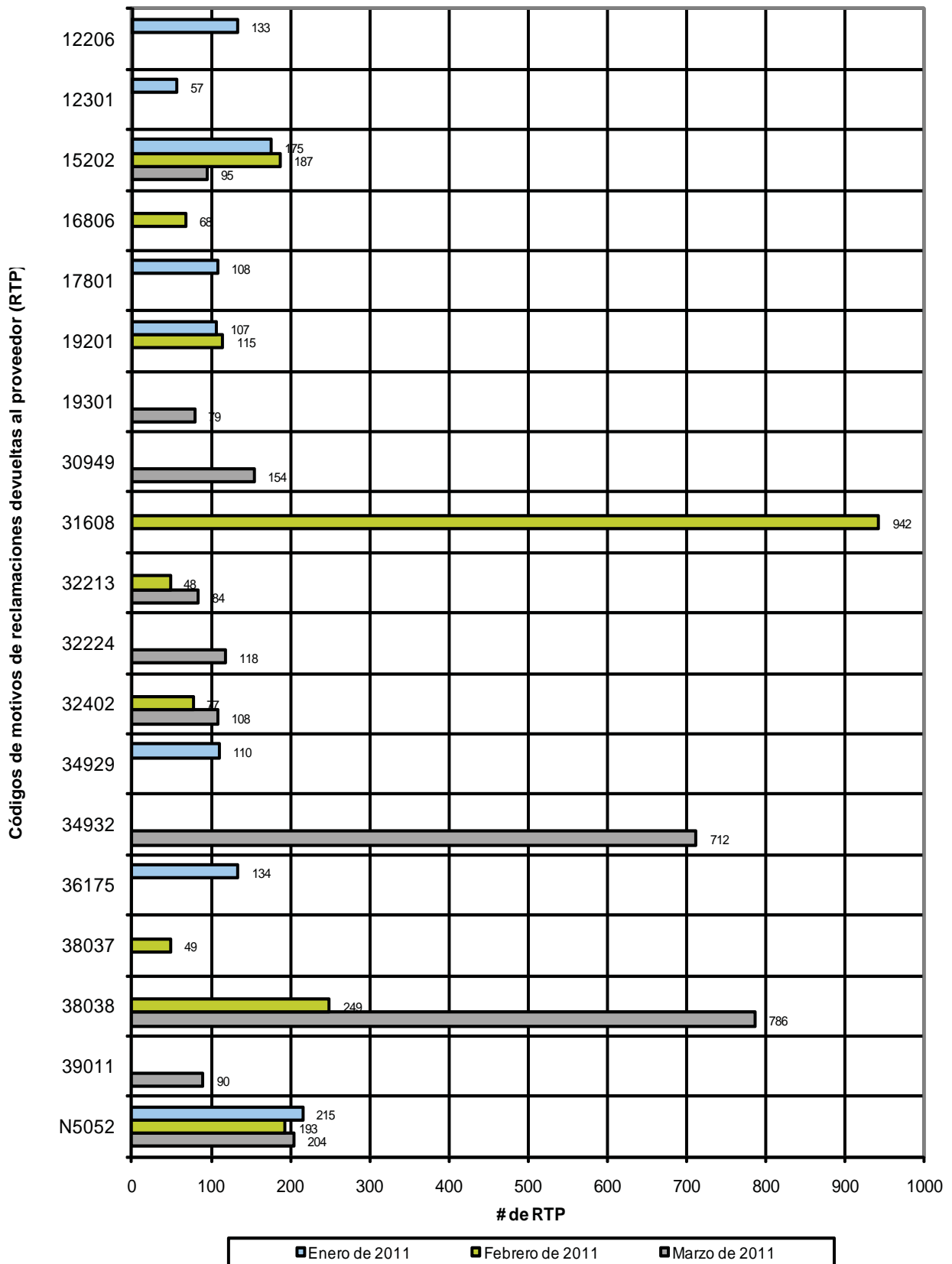
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

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

LCD Nuevas

AJ7308: Topical photosensitizers used with PDT for actinic keratoses and certain skin cancers.....40

Revisiones a las LCD Existentes

ANCSVCS: Noncovered services.....41
ANCSVCS: Noncovered services.....42

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).

LCD Nuevas**AJ7308: Topical photosensitizers used with PDT for actinic keratoses and certain skin cancers. LCD nueva****Identificador de LCD: L31807 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Photodynamic therapy (terapia foto dinámica, PDT) supone el uso de reacciones foto químicas transmitidas a través de la interacción de agentes de fotosíntesis, luz y oxígeno para el tratamiento de enfermedades ya sea benignas o malignas. Los agentes de fotosíntesis más comunes en PDT son ácido *aminolevulinic* HCL (ALA) y *methyl aminolevulinate* (MAL). Actualmente, la única indicación aprobada por *Food and Drug Administration* (FDA) para ALA PDT y MAL PDT en dermatología, es para el tratamiento de *actinic keratoses* (AK) facial o del cuero cabelludo. Usos comunes, no estipulados en la etiqueta, incluyen el tratamiento de carcinoma celular basal (BCC), *photoaging*, acné, vulgaris y enfermedad de Bowen.

Ha sido desarrollada una determinación local de cobertura (LCD) para dar cobertura a dos medicinas, *Levulan*[®] *Kerastick*[®] (ALA) y crema *Metvixia* (MAL), usadas con PDT para el tratamiento de AK facial y del cuero cabelludo, así como el uso, no estipulado en la etiqueta, de BCC y carcinoma celular escamoso (enfermedad de Bowen). Esta LCD da indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación, normas de utilización, códigos ICD-9-CM y normas de codificación para los códigos/descriptores para medicinas de fotosíntesis de HCPCS siguientes:

- J7308 Acido *Aminolevulinic* HCL para administración local, 20%, dosis de unidad simple (354 mg) [*Levulan*[®] *Kerastick*[®]]
- J7309 *Methyl aminolevulinate* (MAL) para administración local, 16.8%, 1 gramo [*Metvixia Cream*]

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD está vigente para servicios prestados a partir del 7 de junio 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 de la LCD.

Florida Parte A. Lista activa de las LCD organizadas por su título
Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A. Lista activa de las LCD

Revisiones a las LCD Existentes

ANCSVCS: Noncovered services. Revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para noncovered services (servicios sin cobertura) ha sido revisada el 14 de abril de 2011. Desde entonces esta LCD ha sido revisada varias veces. En la actualización anual 2011 HCPCS, orden de cambio (CR) 7121, fueron evaluados cinco códigos CPT Categoría III de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y se determinó que en este momento no son médicamente razonables y necesarios en base a la evidencia disponible publicada actualmente (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, los códigos, CPT Categoría III 0239T, 0242T, 0243T, 0244T y 0253T fueron agregados a la LCD de servicios sin cobertura.

De acuerdo a la sección “CPT/HCPCS Codes Local Noncoverage Decisions Procedures” de la LCD, fueron agregados los códigos CPT Categoría III siguientes:

0239T- Bioimpedance spectroscopy (BIS), mediciones de 100 frecuencias o más, medición directa de diferencia de fluido extracelular entre las extremidades

0242T- Mediciones de presión y tránsito de tracto gastrointestinal, del estómago al colon, cápsula inalámbrica, con interpretación e informe

0243T- Mediciones intermitentes de la tasa de resuello para evaluación de broncodilatador o diagnóstico de pruebas de inmunidad bronquial, con interpretación e informe

0244T- Mediciones continuas de la tasa de resuello durante la evaluación del tratamiento o durante el sueño para documentación de resuello y tos nocturnos para diagnóstico de evaluación de 3 a 24 horas, con interpretación e informe

0253T-Inserción de segmento anterior de dispositivo de drenaje acuoso, sin reserva extra ocular; aproximación interna, en el espacio supracoroidal

También fue evaluado el código CPT 22899 (XClose® Tissue Repair System) y se determinó que en este momento no es médicamente razonable y necesario en base a la evidencia disponible publicada actualmente (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, el código CPT 22899 [XClose® Tissue Repair System] fue agregado a la LCD de acuerdo a la sección “CPT/HCPCS Codes Local Noncoverage Decisions Procedures”.

Además, por consistencia de la LCD, han sido agregados once (11) códigos CPT de Parte B NCSVCS LCD a la Parte A NCSVCS LCD de acuerdo a la sección “CPT/HCPCS Codes-Local Noncoverage Decisions-Laboratory Procedures”:

84999+ Neuronal thread protein (NTP)

84999+ Lipoprotein, medición directa, densidad intermedia de lipoproteínas (IDL) (lipoproteínas restantes)

87557 Mycobacteria tuberculosis, cuantificación

87562 Mycobacteria avium-intracellulare, cuantificación

87580 Mycoplasma pneumoniae, técnica de prueba directa

87581 Mycoplasma pneumoniae, técnica de prueba amplificada

87582 Mycoplasma pneumoniae, cuantificación

87592 Neisseria gonorrhoeae, cuantificación

87620 papillomavirus, humana, técnica de prueba directa

87622 papillomavirus, humana, cuantificación

88349 Electron microscopy; scanning

Las reclamaciones por estos servicios deben ser siempre revisadas, toda vez que pueden ser actualmente facturadas con un procedimiento fuera de lista

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD está vigente para servicios prestados a partir del 7 de junio 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 de la LCD.

[Florida Parte A. Lista activa de las LCD organizadas por su título](#)
[Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A. Lista activa de las LCD](#)

ANCSVCS: Noncovered services-- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para noncovered services (servicios sin cobertura) ha sido revisada el 13 de febrero de 2011. Desde entonces, se recibió una orden de reconsideración y se determinó retirar la prueba de rechazo cardíaco AlloMap® (código CPT 86849) de la LCD de servicios sin cobertura. Sin embargo, el hecho de que las nuevas tecnologías o servicios no estén en la LCD que contiene la lista de servicios sin cobertura o un procedimiento/servicio haya sido eliminado de esta lista, no constituye una declaración positiva de cobertura, toda vez que el contratista no ha indicado en una LCD el argumento razonable y necesario para cobertura. Como en todas las reclamaciones presentadas a Medicare, el pago de una reclamación no tiene necesariamente cobertura si no se ha recibido la documentación que apoye el argumento de ser razonable y necesario

Actualmente, First Coast Service Options Inc. (FCSO) no tiene una determinación local de cobertura que indique el criterio de cobertura para este servicio. Por lo tanto, se espera que las reclamaciones por este servicio sean médicamente razonables y necesarias para el paciente y llevadas a cabo de acuerdo a los estándares de atención médica. Para que un determinado servicio sea considerado razonable y necesario, debe cumplirse con todos los criterios siguientes (*CMS Manual Systems, Medicare Program Integrity Manual, Publication 100.08, Chapter 13, Section 13.5.1*):

- No ser experimental o parte de una investigación;
- La duración y frecuencia debe ser considerada apropiada para ese servicio;
- Debe ser provisto de acuerdo a los estándares aceptados de práctica de la medicina para el tratamiento de la condición del paciente;
- Debe ser provisto en un lugar apropiado de acuerdo a las necesidades médicas y condición del paciente
- Debe ser ordenado y provisto por personal calificado; y
- Cumplir, pero no exceder las necesidades médicas del paciente.
- Los registros médicos deben estar a disposición de FCSO Medicare.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD está vigente para servicios prestados a partir del 14 de abril 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 de la LCD. Para LCD con fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista en la página de la LCD

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

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

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 FCSSO (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 [<input type="checkbox"/>] Español [<input type="checkbox"/>]				
<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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims

Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.
1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Cobertura y Reembolso

Actualización del sistema de pagos ASC, abril 2011

Número de *MLN Matters*: MM7343

Número de petición de cambio relacionado: 7343

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: R2185CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Los procedimientos del sistema revisado de los centros de cirugía ambulatoria (ASC) requieren que las tasas de pago ASC para medicinas farmacéuticas y biológicas con cobertura separada, sean consistentes con las tasas de pago del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio de hospitales de Medicare – estas tasas son actualizadas trimestralmente.

Adicionalmente, la orden de cambio 7343 actualiza lo siguiente:

- Nuevos pagos separados en el sistema de pagos ASC
- Tasas de pago actualizadas para ciertos códigos de medicinas (vigentes del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2010)
- Tasa de pagos actualizada para Q4118
- Indicador de pago corregido para Q4119
- Q1003 eliminado (a partir del 1 de abril).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7343.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7343, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2185CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2185, CR 7343

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

Educación

Hoja informativa revisada de HPSA

La publicación revisada titulada *Health Professional Shortage Area* (revisada en marzo de 2011) está ahora disponible en formato descargable de la *Medicare Learning Network*® en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/HPSAfctsh.pdf>. Esta hoja informativa está designada a educar acerca del sistema de pago en áreas que sufren de insuficiencia de profesionales de la salud (HPSA) e incluye una síntesis del programa y requisitos generales.

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

Fuente: CMS PERL 201104-25

Información General

Datos de Physician Quality Reporting System y eRx muestran avances en los programas de incentivo

Los datos de 2009 muestran un incremento en cómo muchos profesionales elegibles participan exitosamente como también cuántos casos los profesionales reportan haber administrado la atención médica basada en evidencia que puede llevar a mejores resultados para los pacientes.

Recientemente, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron un reporte que destaca las tendencias significativas en el crecimiento de dos programas importantes de “pay-for-reporting (pago-por-reporte)”. El reporte también señala áreas de importancia en las que mediciones de calidad al nivel de médico, parecen mostrar resultados positivos en la calidad de la atención prestada a los beneficiarios de Medicare.

El *Physician Quality Reporting System* y *ePrescribing Experience Report* de CMS de 2009, establece que 119,804 médicos y otros profesionales elegibles en 12,647 consultorios médicos, que reportaron con éxito a Medicare datos de mediciones de calidad, recibieron pagos de incentivo de acuerdo al *Physician Quality Reporting System*, totalizando más de \$234 millones de dólares – lo que está muy por encima de los \$36 millones de dólares pagados en 2007, el primer año del programa. Bajo el programa de incentivo *ePrescribing* (eRx), en 2009, el primer año del programa, CMS pagó \$148 millones a 48,354 médicos y otros profesionales elegibles. Los resultados muestran que la participación en el *Physician Quality Reporting System* ha crecido en promedio alrededor del 50 por ciento, todos los años, desde el inicio del programa.

Aunque los dos programas de pago-por-reporte están abiertos a un amplio rango de profesionales del cuidado de la salud, muchos de los datos reportados se refieren a atenciones prestadas en instalaciones de atención ambulatoria, tales como consultorios médicos. El administrador de CMS Donald Berwick, M.D., explicó que “Muchos de los beneficiarios reciben sus cuidados en el consultorio del médico, sin embargo, este es el lugar de atención del que tenemos la menor cantidad de datos disponibles acerca de la calidad de dichas atenciones. El programa de incentivo eRx y el *Physician Quality Reporting System* ayudan a tender un Puente sobre el vacío de conocimientos de manera tal que podemos entender mejor el cuidado que reciben diariamente millones de pacientes de parte de médicos y otros proveedores de cuidados de la salud. El crecimiento significativo del *Physician Quality Reporting System*, nos muestra que la comunidad de guardianes de la salud comparte el compromiso de CMS de mejorar

la calidad y seguridad de los cuidados que reciben nuestros beneficiarios”.

En promedio, los pagos de bonos de 2009 por informantes satisfactorios en el *Physician Quality Reporting System*, fueron \$1,956 dólares por profesional elegible y \$18,525 dólares por consultorio médico. Los profesionales elegibles que tuvieron éxito en 2009 con sus prescripciones electrónicas, recibieron aún más del programa de incentivo de eRx: el pago de bono promedio fue más de \$3,000 dólares por profesional elegible y \$14,501 por consultorio médico. Los médicos y otros profesionales elegibles que reportaron satisfactoriamente datos de mediciones de calidad al *Physician Quality Reporting System* y de esa manera calificaron para el pago de incentivo de 2009 del *Physician Quality Reporting System*, recibieron sus pagos en el otoño de 2010.

Junto con el aumento de la tasa de participación y cantidades de pagos de incentivos, CMS se sienten estimulados por los datos del *Physician Quality Reporting System* que muestran tasas crecientes en la frecuencia en que los profesionales del cuidado de la salud reportan que están cumpliendo más a menudo con prácticas de cuidados basados en evidencia. Este incremento en las tasas de reporte podría señalar una tendencia positiva en la calidad de cuidado de la salud que los beneficiarios de Medicare reciben de los profesionales que reportan datos a través del *Physician Quality Reporting System*. Uno de los objetivos principales del *Physician Quality Reporting System* es reunir información acerca de prácticas de cuidados que pueden en última instancia mejorar la calidad y eficiencia del cuidado de la salud de todos los americanos especialmente los beneficiarios de Medicare. En consecuencia, las mediciones del sistema capturan prácticas basadas en la evidencia que son mostradas para mejorar los resultados para el paciente, tales como la prestación de servicios preventivos, los pasos tomados para reducir disparidades en el cuidado de la salud, la planificación del cuidado de pacientes en condiciones crónicas para conservarles la salud por el mayor tiempo posible e integrar soluciones tecnológicas de información de la salud a la manera en que los proveedores prestan sus servicios médicos. Estas medidas han sido creadas por expertos reconocidos nacionalmente en grupos tales como la *American Medical Association* y están endosados por organizaciones de acuerdo nacional de calidad.

En base a los datos reportados sobre las 55 mediciones que han sido parte del sistema desde sus inicios en 2007, los proveedores han mejorado en un

Continúa en página 47

Datos...(Continuación)

promedio de alrededor del 3.1 por ciento la frecuencia en que prestan los cuidados médicos recomendados. En forma similar, de las 99 mediciones que fueron parte del sistema en 2008 and 2009, el desempeño aumento en un promedio de alrededor del 10.6 por ciento. En algunos casos, el progreso fue aún más dramático.

Las mediciones escogidas por el *Physician Quality Reporting System*, también dan crecientes oportunidades de participación a los profesionales de cuidados médicos elegibles en todos los segmentos del sistema de prestación de cuidados de la salud. Desde que se inició el programa, CMS ha expandido el sistema de 74 mediciones (con un universo de participación de aproximadamente 600,000 profesionales elegibles) a 194 mediciones (con un universo de participación de más de 1,000,000 de profesionales elegibles). Actualmente, cerca de uno de cada cinco profesionales del cuidado de la salud que lo puede hacer participa en el programa.

El Dr. Berwick manifestó que “aunque la participación en nuestros programas de pago-por reporte es opcional por ahora, será considerado como un imperativo en términos de objetivos compartidos por los profesionales de la medicina en sentido de mejorar la calidad de los cuidados y seguridad del paciente” y agregó “lanzo el desafío de comenzar hoy día a cada uno de los proveedores de cuidados de la salud que no han participado todavía. No mejoraremos la calidad del cuidado de la salud en este país sin saber dónde estamos en la prestación de estos cuidados y usando este conocimiento para mejorar continuamente nuestras prácticas. Nuestros pacientes merecen lo mejor”.

El Dr. Berwick hizo notar que la participación en los programa de incentivo eRx y *Physician Quality Reporting System*, son también un buen negocio para los proveedores de cuidados de la salud. Ambos programas recompensan actualmente a los profesionales elegibles con un porcentaje de sus cargos permitidos en su catálogo de tarifas médicas

(PFS) de Parte B para servicios profesionales con cobertura prestados por el profesional elegible durante el período de reporte.

Ambos programas sirven también como parte de una estrategia más amplia de animar a los proveedores de cuidados de la salud a adoptar prácticas que puedan mejorar los cuidados del paciente. A principios de 2011, CMS lanzó los programas de incentivo tanto para Medicare como para Medicaid, los que recompensan financieramente a los proveedores por llegar a ser, durante este año, usuarios significativos de ciertas soluciones tecnológicas de información de la salud. Los médicos verán también cómo es su desempeño en comparación a sus colegas, en mediciones de calidad, mientras el sitio Web de comparación de médicos de CMS se expande para incluir información de calidad para 2013. También, los proveedores que tienen la capacidad de participar en el programa de incentivo de eRx y en el *Physician Quality Reporting System*, pero han decidido no hacerlo, tendrán reducciones en sus pagos de Medicare comenzando en 2012 y 2015 de manera respectiva a cada programa.

Para aprender más sobre el *Physician Quality Reporting System*, incluyendo instrucciones de cómo comenzar, visite el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/PQRS>. Información acerca del programa de incentivo eRx está disponible en <http://www.cms.gov/ERxIncentive/>.

El *Physician Quality Reporting System* y el *ePrescribing Experience Report* están disponibles también en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/PQRS>.

Adicionalmente los resultados del programa en 2009 pueden encontrarse en una hoja informativa de CMS en http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201104-35

Recordatorio del programa eRx. 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 del *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 2 por ciento, lo que dará por resultado que un profesional elegible, individualmente o como grupo asociado, reciba el 98 por ciento del pago por servicios cubiertos por FFS de Medicare Parte B.

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

El hecho de recibir un incentivo eRx durante 2011, no exime necesariamente a un profesional elegible, individualmente o como grupo asociado, del ajuste de pago de 2012.

Cómo evitar el ajuste de pago eRx de 2012

- **Profesionales individuales** – los profesionales elegibles pueden evitar el pago por eRx 2012, si él/ella:
 - Al 30 de junio de 2011, en base al código primario de taxonomía NPPES, no es un médico (MD, DO, o podiatra), enfermera tratante o asistente médico.
 - Al 30 de junio de 2011, no tiene privilegios de prescripción médica. Nota: 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 para al menos 10 eventos únicos de eRx para pacientes dentro del denominador.
- **Prácticas de Grupo** – los profesionales asociados participantes en eRx GPRO I o GPRO II durante el 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/erxincentive> o descargue el programa *Medicare’s Practical Guide to the Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program* en *Educational Resources* (recursos educacionales).

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

Fuente: CMS PERL 201104-57

Código de imagen de diagnóstico avanzada

Nota: El artículo MM7041 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en noviembre de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 48).

Número de *MLN Matters*: MM7175

Número de petición de cambio relacionado: 7175

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de abril de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2192CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

A partir del 1 de julio de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) establecerán un código de especialidad 95 para equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros para la acreditación de imagen de diagnóstico avanzada.

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7175, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2192CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2192, CR 7175

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

Anuncio sobre Physician Quality Reporting System

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado que ha cambiado la URL del *Physician Quality Reporting System*.

En la reglamentación final del catálogo de tarifas médicas de Medicare para 2011, publicada en el *Federal Register* el 29 de noviembre de 2010, CMS anunció el cambio de nombre de *Physician Quality Reporting Initiative* (PQRI) a *Physician Quality Reporting System*. Como resultado del cambio de nombre, también ha cambiado la dirección URL de la página Web del *Physician Quality Reporting System*.

La nueva dirección URL es <http://www.cms.gov/pqrs>. La dirección URL anterior (<http://www.cms.gov/pqri>) direccionará automáticamente a la nueva dirección URL.

Cabe hacer notar que los contenidos y materiales educativos que actualmente se refieren a PQRI serán cambiados con el tiempo de manera tal de reflejar el nuevo nombre.

La página Web del *Physician Quality Reporting System* será actualizada regularmente, de manera que revísela frecuentemente para obtener información confiable y oportuna de parte de CMS.

Para recibir información importante sobre el *Physician Quality Reporting System* y el incentivo de prescripción electrónica, (eRx), suscríbase a la lista de médicos a tarifa fija de Medicare, en <https://list.nih.gov/cgi-bin/wa.exe?A0=physicians-l>.

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

Fuente: CMS PERL 201104-27

CMS va a publicar el reporte de podología Facturación comparativa de servicios

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) van a publicar el reporte de facturación comparativa de servicios de podología (CBR) en abril. El propósito de este CBR es informar a los podólogos proveedores, de información de facturación de servicios seleccionados facturados a Medicare y ayudar a evitar pagos incorrectos. Los datos de este reporte ilustran comparaciones de cobros por códigos de extirpación quirúrgica de tejidos efectuados por colegas, uso de códigos de alto nivel de evaluación y manejo y el número de pacientes a quienes se ha cobrado por día tanto en la oficina como en el centro de enfermería especializada. El CBR será entregado a aproximadamente 5,000 proveedores de podología a través de la nación.

El CBR, producido por *SafeGuard Services*, bajo contrato con CMS, provee datos comparativos sobre cómo un proveedor individual de cuidados de la salud se compara con otros proveedores observando los modelos de utilización en cuanto a servicios, beneficiarios y diagnósticos cobrados. CMS ha recibido opiniones de algunos proveedores en sentido que esta clase de datos es de mucha utilidad para ellos y nos ha animado a producir más CBR y ponerlos a disposición de los proveedores. Estos reportes no están disponibles para nadie más que el proveedor que los recibe. Para asegurar privacidad, CMS presenta solamente información de facturación resumida. No se incluyen datos de pacientes o datos específicos. Estos reportes son ejemplo de una herramienta que ayuda a los proveedores a cumplir con las reglas de facturación de Medicare y mejorar el nivel de atención médica que ellos prestan a los pacientes de Medicare.

Para más información y para revisar un ejemplo de podología CBR, visite el sitio Web de servicios CBR en www.CBRServices.com o llame al *SafeGuard Services' Provider Help Desk, CBR Support Team* al 530-896-7080.

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

Fuente: CMS PERL 201104-08

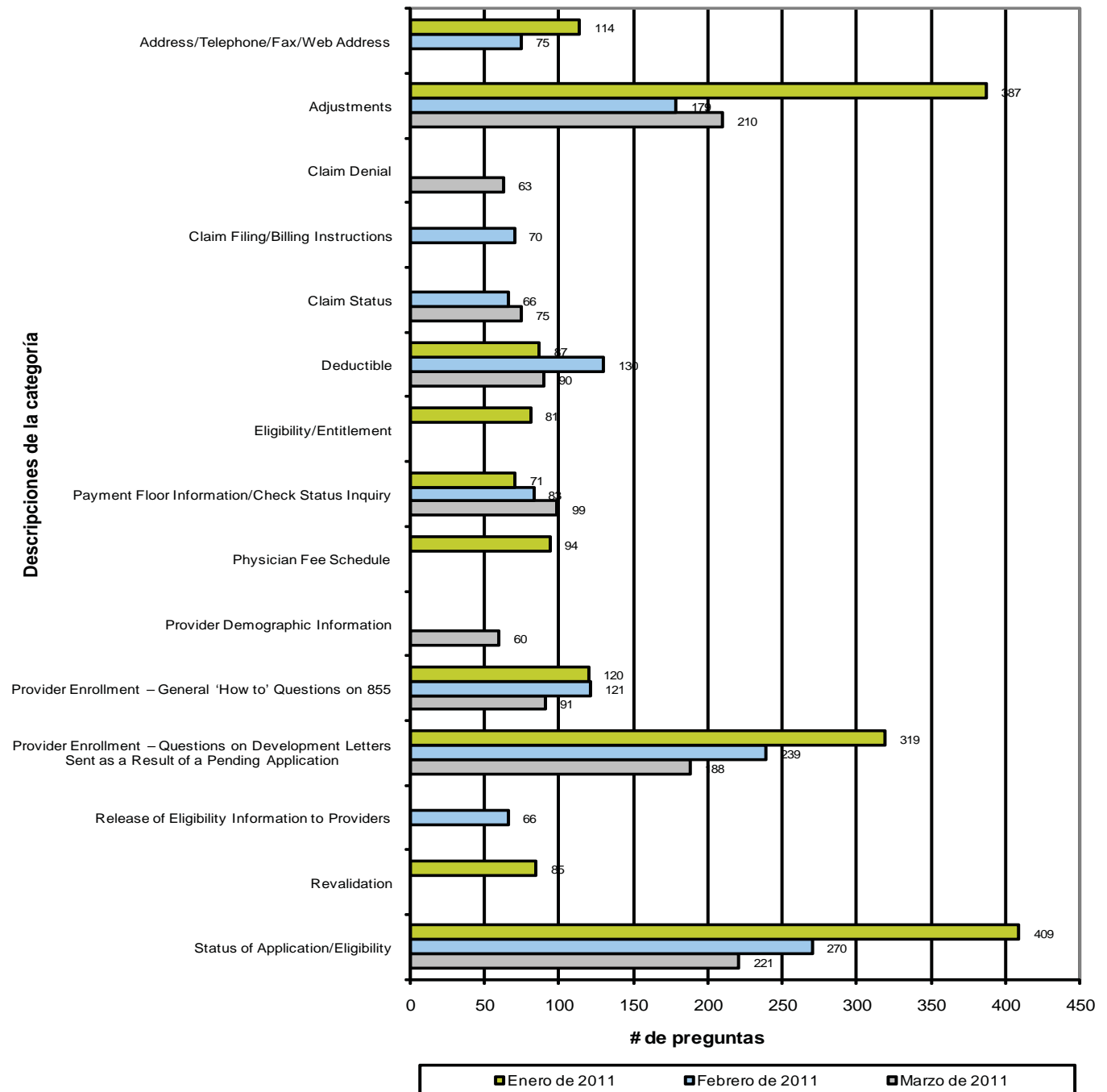
Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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

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

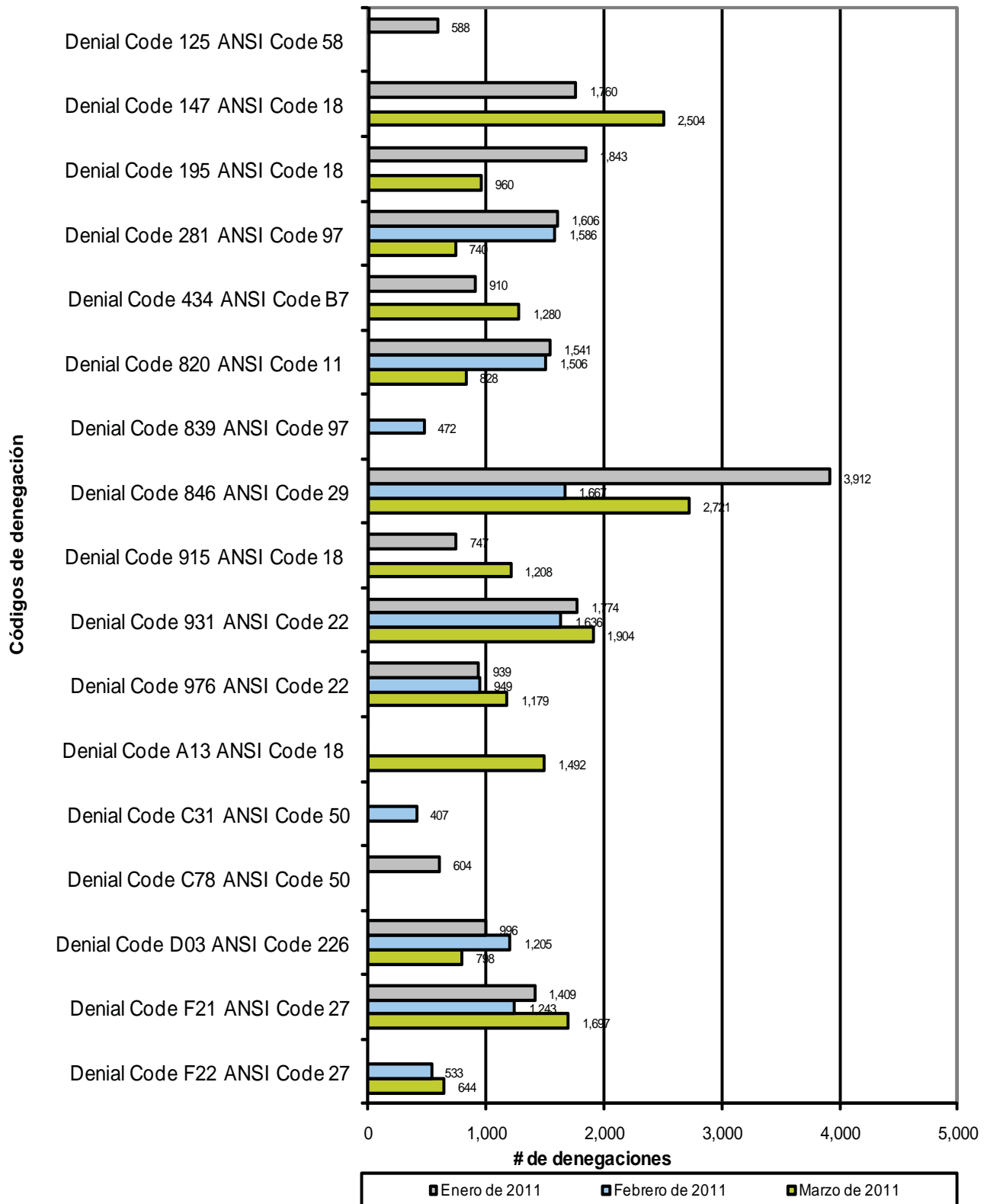
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de enero - marzo de 2011. Para consejos y recursos que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

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



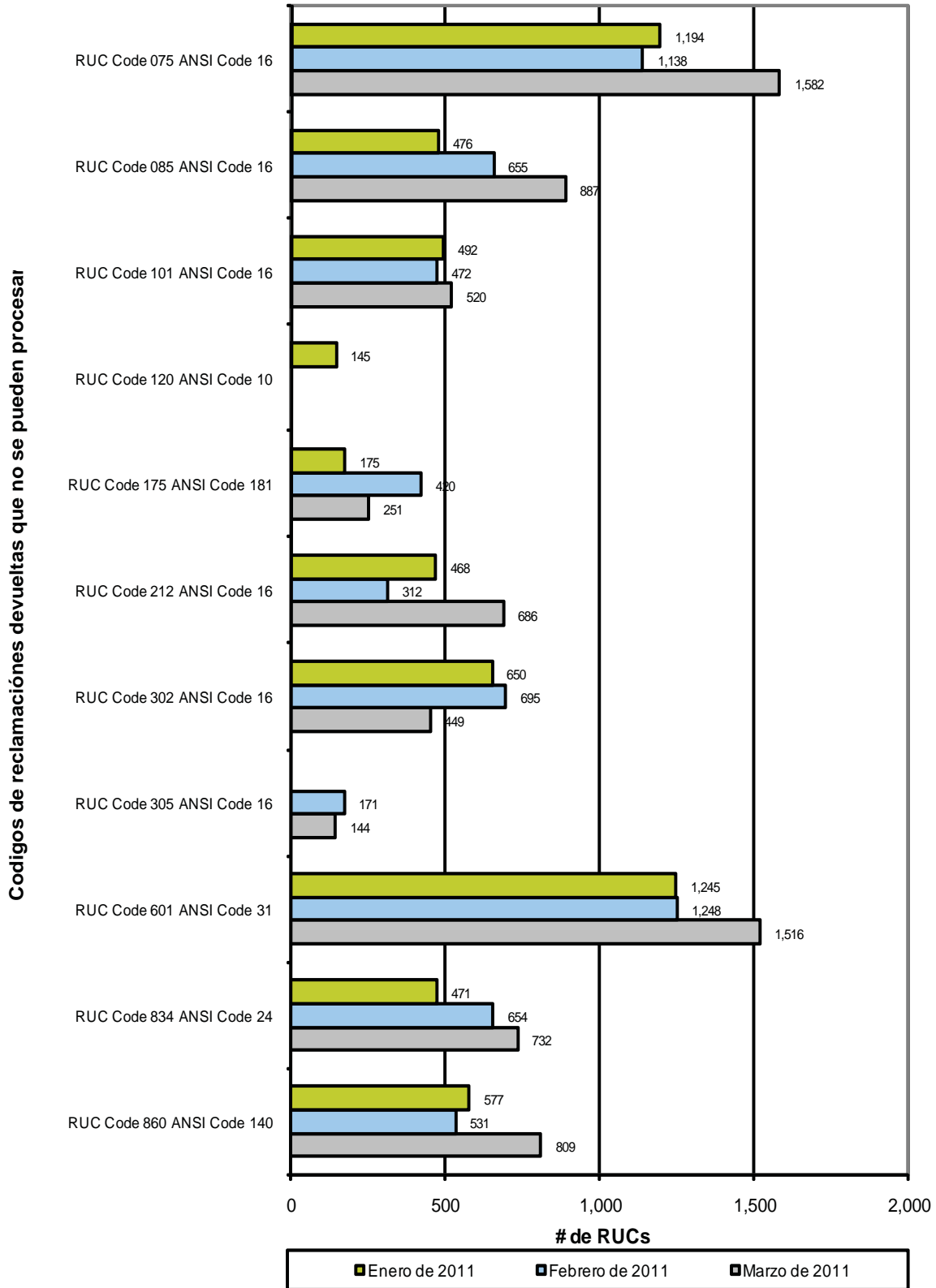
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

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



Determinaciones locales de cobertura Parte B

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

LCD Nuevas

J7308: Topical photosensitizers used with PDT for actinic keratoses and certain skin cancers.....55

Revisiones a las LCD Existentes

ANCSVCS: Noncovered services.....56
ANCSVCS: Noncovered services.....57

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).

LCD Nuevas**J7308: Topical photosensitizers used with PDT for actinic keratoses and certain skin cancers – LCD nueva****Identificador de LCD: L31805 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Photodynamic therapy (terapia foto dinámica, PDT) supone el uso de reacciones foto químicas transmitidas a través de la interacción de agentes de fotosíntesis, luz y oxígeno para el tratamiento de enfermedades ya sea benignas o malignas. Los agentes de fotosíntesis más comunes en PDT son ácido aminolevulinic HCL (ALA) y methyl aminolevulinate (MAL). Actualmente, la única indicación aprobada por Food and Drug Administration (FDA) para ALA PDT y MAL PDT en dermatología, es para el tratamiento de actinic keratoses (AK) facial o del cuero cabelludo. Usos comunes, no estipulados en la etiqueta, incluyen el tratamiento de carcinoma celular basal (BCC), photoaging, acné, vulgaris y enfermedad de Bowen

Ha sido desarrollada una determinación local de cobertura (LCD) para dar cobertura a dos medicinas, Levulan® Kerastick® (ALA) y crema Metvixia (MAL), usadas con PDT para el tratamiento de AK facial y del cuero cabelludo, así como el uso, no estipulado en la etiqueta, de BCC y carcinoma celular escamoso (enfermedad de Bowen). Esta LCD da indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación, normas de utilización, códigos ICD-9-CM y normas de codificación para los códigos/descriptores para medicinas de fotosíntesis de HCPCS siguientes:

- J7308 Acido Aminolevulinic HCL para administración local, 20%, dosis de unidad simple (354 mg) [Levulan® Kerastick®]
- J7309 Methyl aminolevulinate (MAL) para administración local, 16.8%, 1 gramo [Metvixia Cream]

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD está vigente para servicios prestados a partir del 7 de junio 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 de la LCD.

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

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

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 (servicios sin cobertura) ha sido revisada el 12 de abril de 2011. Desde entonces esta LCD ha sido revisada varias veces. En la actualización anual 2011 HCPCS, orden de cambio (CR) 7121, fueron evaluados cinco códigos CPT Categoría III de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y se determinó que en este momento no son médicamente razonables y necesarios en base a la evidencia disponible publicada actualmente (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, los códigos, *CPT Categoría III 0239T, 0242T, 0243T, 0244T y 0253T* fueron agregados a la LCD de servicios sin cobertura.

De acuerdo a la sección “CPT/HCPCS Codes -- Local Noncoverage Decisions -- Procedures” de la LCD, fueron agregados los códigos CPT Categoría III siguientes:

0239T- Bioimpedance spectroscopy (BIS), mediciones de 100 frecuencias o más, medición directa de diferencia de fluido extracelular entre las extremidades

0242T- Mediciones de presión y tránsito de tracto gastrointestinal, del estómago al colon, cápsula inalámbrica, con interpretación e informe

0243T- Mediciones intermitentes de la tasa de resuello para evaluación de broncodilatador o diagnóstico de pruebas de inmunidad bronquial, con interpretación e informe

0244T- Mediciones continuas de la tasa de resuello durante la evaluación del tratamiento o durante el sueño para documentación de resuello y tos nocturnos para diagnóstico de evaluación de 3 a 24 horas, con interpretación e informe

0253T-Inserción de segmento anterior de dispositivo de drenaje acuoso, sin reserva extra ocular; aproximación interna, en el espacio supracoroidal

También fue evaluado el código *CPT 22899 (XClose®Tissue Repair System)* y se determinó que en este momento no es médicamente razonable y necesario en base a la evidencia disponible publicada actualmente (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, el código *CPT 22899 [XClose®Tissue Repair System]* fue agregado a la LCD de acuerdo a la sección “CPT/HCPCS Codes Local Noncoverage Decisions -- Procedures”.

Además, BRCA1 & BRCA 2 (código *CPT 88299*) fue eliminado de la LCD de servicios sin cobertura, de acuerdo a la sección “CPT/HCPCS Codes Local Noncoverage Decisions Laboratory Procedures” de

la LCD después de revisar la evidencia basada en literatura actual. La remoción de un servicio o código específico de la LCD de servicios sin cobertura no es por sí mismo una declaración positiva de cobertura. Entonces, en esencia, cuando un servicio es eliminado de la LCD de servicios sin cobertura, el contratista no tiene una declaración de cobertura (LCD) y el servicio (como de costumbre) debe cumplir los requisitos de ser razonable y necesario como se indica en Medicare Program Integrity Manual, Pub.100.08, Capítulo 13, Sección 13.5.1. Muchas pruebas genéticas pueden ser codificadas de modo de permitir el pago del servicio/procedimiento, pero la reclamación misma no es evaluada para cobertura. El pago de un código no es lo mismo que cobertura. Las pruebas BRCA 1 y BRCA 2 rara vez son razonables y necesarias en la población de Medicare debido a la demografía del programa. BRCA 1 y BRCA 2 fueron eliminados de la LCD de servicios sin cobertura; sin embargo, la necesidad médica de las pruebas debe ser probada y debidamente documentada en el registro médico. Las pruebas hechas en ausencia de señales, síntomas, reclamos, historia personal de la enfermedad o lesiones, no tienen cobertura excepto si hay una disposición estatutaria que da explícitamente cobertura a las pruebas exploratorias. Debe tenerse en cuenta que actualmente no hay beneficio de exploración para pruebas BRCA 1 y BRCA 2; por lo tanto, su uso para exploración no tiene cobertura. El registro médico del paciente tendrá que demostrar claramente la necesidad de la prueba a determinación local de cobertura (LCD).

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD está vigente para servicios prestados a partir del 7 de junio 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 de la LCD.

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

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

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

G0431: Qualitative drug screening. Revisión a las normas de codificación de la LCD

Identificador de LCD: L30574 (Florida/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 3 de marzo 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) 11259. Esta JSM/TDL reemplaza la información dada previamente en relación a los códigos HCPCS G0431QW y G0434QW que fue incluida en JSM 11194 y orden de cambio 7266. El texto siguiente reemplaza el que se había agregado anteriormente:

A partir del 1 de abril de 2011, el código G0431QW está eliminado del Clinical Laboratory Fee Schedule (CLFS). El código G0431 describe un test de alta complejidad y no debe ser reportado con un modificador QW; el modificador QW indica un test eliminado de Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).

También

A partir del 1 de abril de 2011, se agrega a CLFS el código G0434QW, que puede describir un test eliminado de CLIA. Para el procesamiento correcto de las reclamaciones, es necesario utilizar el modificador QW para indicar una prueba de CLIA eliminada.

Fecha de efectividad

Esta revisión al anexo “coding guidelines” de la LCD es efectivo para las reclamaciones procesadas a partir del 1 de abril 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. Para LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de LCD

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

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

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

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

Sistema 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



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager