

# A Medicare A y B Al Día



Boletín para proveedores de MAC J9

Mayo 2011



## Características

Sobre esta publicación.....	3
Información para proveedores de Parte A y B .....	5
Recursos educativos .....	27
Información para proveedores de la Parte A.....	28
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	46
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	51
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	52
Información para proveedores de la Parte B .....	53
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	60
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	65
Contactos de Parte B de Puerto Rico .....	66

## CMS propone ampliar el acceso a inmunización contra influenza estacional

### Los requisitos propuestos pondrán la vacuna a disposición de los pacientes en los establecimientos de salud certificados por Medicare visitados más frecuentemente

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han propuesto nuevos requisitos para proveedores certificados por Medicare designados a ampliar el acceso a la vacuna estacional contra la influenza. La notificación de la reglamentación propuesta, actualizará las condiciones de participación y condiciones de cobertura para cierto tipo de proveedor, en un esfuerzo por ampliar el acceso a la vacuna, aumentar el número de pacientes que reciben vacunación anual contra la influenza estacional y disminuir la morbilidad y mortalidad relacionada con la influenza.

El administrador de CMS Donald M. Berwick, M.D. dijo que “la regla propuesta hoy aumentará las opciones de los beneficiarios sobre donde recibir una vacuna contra la influenza durante la estación respectiva”, agregando que “las nuevas exigencias harán que las vacunas estén disponibles en la mayoría de los establecimientos de salud de Medicare visitados con más frecuencia por los beneficiarios, incluyendo hospitales y clínicas rurales de salud”.

Esta regla propuesta exigiría a muchos proveedores y suplidores ofrecer a todos sus pacientes una vacuna anual

contra la influenza durante la estación respectiva, salvo contraindicación médica. Como siempre, cada paciente conservará el derecho de rechazar cualquier vacuna. Esta regla propuesta se extenderá a los establecimientos certificados por Medicare:

- Hospitales, incluyendo cuidado intensivo a corto plazo, psiquiatría, rehabilitación, cuidados a largo plazo, niños y cáncer
- Hospitales de urgencia (CAH)
- Clínicas rurales de salud (RHC)
- Centros de salud calificados federalmente (FQHC) y
- Establecimientos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) que ofrecen servicios de diálisis.

La regla propuesta actualizará las condiciones de participación y cobertura para todos los tipos de proveedor indicados más arriba. Estas reglas son aplicadas a organizaciones del cuidado de la salud que buscan

Continúa en página 18



[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Tabla de Contenido

CMS propone ampliar el acceso a inmunización contra influenza estacional .....	1
Tabla de Contenido .....	2
<b>Sobre esta publicación</b> .....	3
Actualización trimestral para proveedores .....	4
<b>Partes A y B</b>	
<b>Cobertura y Reembolso</b>	
Pruebas para la infección del virus de inmunodeficiencia humana .....	5
Pagos de Wilate y Flulaval .....	5
Nuevos códigos Q de HCPCS para las vacunas contra la influenza de 2010-2011 .....	6
Dispositivo de movilización motorizado: control de examen en persona .....	7
Ciertos códigos HCPCS excluidos de la facturación consolidada SNF .....	7
Regla fiscal de índice de tarifas de servicios paliativos propuesta FY 2012 .....	8
<b>Facturación</b>	
Normas de codificación .....	8
<b>Administración</b>	
Auto denegación de reclamaciones presentadas con modificador GZ .....	9
<b>Educación</b>	
HIPAA 5010 & D.O – calendario de implementación .....	10
Nuevas hojas informativas relacionadas a Medicare Shared Savings Program .....	11
Nueva hoja informativa ‘Signature Requirements’ .....	12
Hoja informativa ‘Medicare Physician Fee Schedule’ disponible en formato impreso .....	12
Nuevo CD-ROM ‘Interactive Guide to MLN’ .....	12
Nueva información breve en la página Web de MLN Provider Compliance .....	12
El 15 de junio es el Día Nacional de Prueba de Versión 5010 .....	13
Hoja informativa ‘Improving Quality of Care for Medicare Patients’ .....	13
Hoja informativa ‘Telehealth Services’ .....	13
Semana nacional de la salud y día de examen médico de la mujer .....	14
Hoja informativa ‘Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers’ .....	14
Ambulance/Clinical Laboratory Fee Schedule y FQHC .....	15
Hoja informativa ‘Medicare Shared Savings Program and Rural Providers’ .....	15
Hojas informativas de pago de incentivo EHR disponibles en español .....	15
Cumplimiento de los proveedores: ‘Fast Facts’ y newsletter .....	16
Actualización de códigos de notificación de remesa y denegación de ajuste .....	16
Mayo, mes nacional de conciencia y prevención de Osteoporosis .....	17
<b>Información General</b>	
CMS propone... (de la página 1) .....	18
Nuevas FAQ en programa de incentivo EHR .....	18
Nuevos recursos de atestación de Medicare .....	19
Preguntas y respuestas de reprocesamiento de reclamaciones .....	20
Indiana y Ohio lanzaron programas de incentivo EHR de Medicaid .....	22
Recuperación de sobrepago de remesa .....	23
¿Cómo recibo pago de incentivo de EHR? .....	24
El Affordable Care Act ofrece opciones de coordinación de la atención médica .....	24

Atestación de Uso Significado .....	25
A ser emitidos los pagos de incentivo EHR .....	26
<b>Recursos Educativos</b>	
Próximos eventos educativos .....	27
<b>Parte A</b>	
Vacuna contra la influenza y neumococos .....	28
Actualización de pagos de psiquiatría .....	28
Corrección al ajuste de neutralidad de presupuesto de transición de ESRD .....	29
PC Pricer 2011: Sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar .....	29
PC Pricer 2011: Sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio .....	29
Actualización del sistema de pagos prospectivos y ajuste de volumen de ESRD .....	30
PC Pricer 2011: Actualizaciones PPS de centro psiquiátrico .....	30
Pago de LCSW a hospital de urgencia .....	31
Hojas informativas en español de incentivo EHR para hospitales .....	31
PC Pricer: Actualización del año fiscal 2011 del paciente hospitalizado .....	32
Hoja informativa revisada: Hospital Outpatient Prospective Payment System .....	32
Actualizaciones al Medicare Claims Processing Manual de Internet .....	32
Clarificación de ventana de pago para los servicios del cuidado ambulatorio tratados como servicios de hospitalización .....	33
Implementación de Affordable Care Act .....	34
Póliza de centros de rehabilitación .....	35
PC Pricer: Actualizaciones de PPS de establecimientos de rehabilitación .....	36
Opciones para índices de pago SNF 2012 .....	37
PC Pricer: SNF FY 2010 y 2011 .....	37
Cambios manuales de terapia en el hogar .....	38
Cambios del manual a certificación médica y recertificación de servicios .....	39
Encuentro cara a cara de salud en el hogar .....	39
Cursos preventivos institucionales .....	40
Códigos de servicios preventivos .....	40
Nuevos códigos K de bombas de succión .....	41
Nueva publicación de PEPPIER disponible .....	42
<b>Gráficos</b>	
Datos de procesamiento de reclamación .....	43
<b>Determinaciones Locales de Cobertura</b>	
Tabla de contenido de LCD Parte A .....	46
<b>Ordenar materiales de Parte A</b> .....	51
<b>Contactos Parte A de Puerto Rico</b> .....	52
<b>Parte B</b>	
Nuevas pruebas con dispensa .....	53
Adjudicación de pruebas de laboratorio por correcciones de CLIA .....	53
Hoja informativa ‘Form CMS-1500 At A Glance’ .....	54
Programa de incentivo eRx .....	54
Actualización trimestral de julio a las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta .....	55
Recordatorio final: El tiempo se acaba ¿respondió la encuesta MCPSS? .....	55
Programa de incentivo EHR de Medicare .....	56
<b>Gráficos</b>	
Datos de procesamiento de reclamación .....	57
<b>Determinaciones Locales de Cobertura</b>	
Tabla de contenido de LCD Parte B .....	60
<b>Ordenar materiales de Parte B</b> .....	65
<b>Contactos Parte B de Puerto Rico</b> .....	66

## Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 5  
Mayo 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.

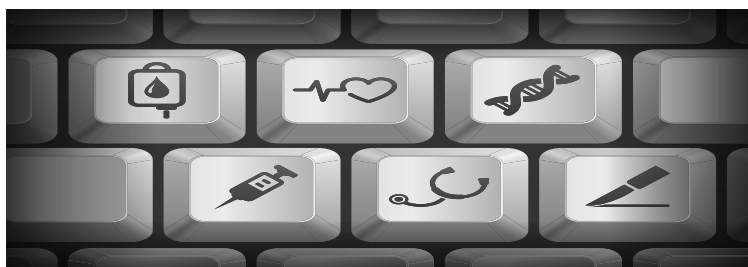
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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. ❖

### 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.

## Cobertura y Reembolso

### Pruebas para la infección del virus de inmunodeficiencia humana

**Nota:** El artículo MM6786 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en marzo de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 6).

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

#### Resumen

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

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

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

#### Información adicional

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

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

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

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

### Pagos de Wilate y Flulaval

#### Precio promedio de venta Medicare Parte B

Para la actualización trimestral del precio promedio de venta de abril de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) no están publicando un límite de pago para el código de procedimiento J7184 [Inyección, *Von Willebrand Factor Complex (Human), Wilate, Per 100 iu VWF:RCO*] para reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de abril y el 30 de junio. Puede encontrarse el precio de Wilate en el archivo "April 2011 ASP Not Otherwise Classified (NOC)" disponible en el sitio Web de CMS.

Adicionalmente, de acuerdo a orden de cambio 7234, CMS ha actualizado el precio del código de procedimiento Q2036 (*Flulaval vacc, 3 yrs & >, im*) a \$8.784 dólares en la actualización trimestral ASP de abril de 2011 ASP. Este precio actualizado está vigente para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010. El precio revisado ha sido agregado a los archivos de precios de octubre de 2010 y enero de 2011.

Estos archivos de precio pueden encontrarse en el sitio Web de CMS, en <http://www.CMS.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice>.

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

Fuente: CMS PERL 201105-10

## Nuevos códigos Q de HCPCS para las vacunas contra la influenza de temporada 2010-2011

**Nota:** El artículo MM7234 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en diciembre de 2010, en *Medicare A y B Al Día* (página 9).

Número de *MLN Matters*: MM7234

Número de petición de cambio relacionado: 7234

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R815OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han creado códigos HCPCS específicos y cuotas máximas permitidas de pago para reemplazar el código *CPT 90658* para propósitos de facturación a Medicare para la temporada de influenza 2010-2011.

### Puntos clave de la petición de cambio 7234

Efectivo para las reclamaciones con **fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011**, el código *CPT 90658* (*Influenza virus vaccine, split virus, when administered to individuals 3 years of age and older, for intramuscular use*) ya no será pagable por Medicare.

Efectivo para las reclamaciones con **fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010**, los siguientes códigos HCPCS serán pagables por Medicare: códigos HCPCS Q2035, Q2036, Q2037, Q2038 y Q2039

**Nota:** El código *CPT 90658* describe la dosis regular de la vacuna que es suministrada en un frasco multidosis para uso en pacientes de tres años de edad en adelante.

Para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010, los códigos HCPCS Q2035, Q2036, Q2037, Q2038 y Q2039 reemplazarán el código *CPT 90658* para propósitos de pago de Medicare durante la temporada de influenza 2010-2011. Sin embargo, estos códigos HCPCS no serán reconocidos por los sistemas de procesamiento de reclamación de Medicare hasta el 1 de enero de 2011, cuando el código *CPT 90658* ya no será reconocido.

Como una referencia, los archivos trimestrales de precio de medicamento de Parte B incluyen un conjunto de código de medicamento nacional (NDC) para las tablas de referencia HCPCS disponibles en línea en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/>.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7234.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7234, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R815OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 815, CR 7234

**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.

### Encuentre sus favoritos rápidamente: use Hallazgo Rápido

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar su sección favorita en nuestro sitio de Internet? Es fácil, solamente tiene que utilizar su herramienta de navegación Hallazgo Rápido. Este menú desplegable ubicado al lado izquierdo de cada página, le permite acceder de un salto a las páginas más populares del sitio, con solamente un clic. Encontrará enlaces a los portales de Parte A y Parte B, así como enlaces rápidos a la herramienta para examinar procedimientos, diagnosis, determinaciones locales de cobertura (LCD), catálogos de tarifas, publicaciones y mucho más. Encuentre rápidamente lo que necesita: use Hallazgo Rápido.

## Dispositivo de movilización motorizado: control de examen en persona

Número de *MLN Matters*: SE1112  
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

Sillas de rueda motorizadas y vehículos motorizados (también conocidos como POV o scooters (motoneta)) están clasificados como dispositivo de movilización motorizado (PMD) y tienen cobertura como beneficio de Parte B de Medicare.

Además de la prescripción por parte del PMD, el practicante o médico tratante debe entregar al suplidor la documentación de apoyo respectiva. Por estatuto, hay algunos requisitos que deben ser cumplidos por el

PMD, antes de escribir la prescripción, con la finalidad de documentar la necesidad del dispositivo.

El artículo de edición especial presenta una lista de control que los proveedores pueden, si lo desean, utilizar para el examen en persona, así como algunos consejos para ayudar a proveedores y suplidores a evitar la denegación de la reclamación correspondiente a su dispositivo de movilización motorizado (PMD). **La utilización de esta guía no es obligatoria y no garantiza el pago de un PMD por parte de Medicare, aunque esté fechada y firmada.**

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1112.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1112

**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.

## Ciertos códigos HCPCS excluidos de la facturación consolidada SNF

Varios códigos nuevos de facturación del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) creados en enero de 2011, no fueron excluidos del paquete de pago de facturación consolidada de centro de enfermería especializada (SNF) y permitidos a ser pagados por separado. Efectivo el 5 de julio de 2011, para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, las modificaciones de procesamiento de reclamaciones para las reclamaciones institucionales para los códigos de escaneo de tomografía axial computarizadas (CT) (74176, 74177, y 74178) serán revisados para permitir pago separado para estos códigos fuera del paquete de pago de facturación consolidada de SNF. Estos códigos ya fueron incluidos en la actualización anual para las reclamaciones del médico y profesional de la salud y las reclamaciones han procesado correctamente.

Los proveedores institucionales que presentaron reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, habrían tenido las reclamaciones denegadas para estos servicios. Estos proveedores deben contactar a su intermediario fiscal de Medicare o contratista administrativo de Medicare (MAC) para reabrir y reprocesar las reclamaciones.

En adición, una decisión de póliza ha sido realizada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) que *Dacogen* (código HCPCS J0894) cumple los parámetros clínicos para exclusión de la facturación consolidada SNF como un medicamento de quimioterapia de alta intensidad. Por lo tanto, efectivo el 3 de octubre de 2011, para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, las modificaciones de procesamiento de reclamaciones serán revisadas para permitir el pago separado del código HCPCS J0894 fuera del paquete de pago de facturación consolidada SNF.

Los proveedores institucionales, médicos, y los profesionales de la salud que presentaron reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, tendrían las reclamaciones denegadas por estos servicios. Estos proveedores deben contactar a su *carrier* de Medicare, intermediario fiscal, o MAC para reabrir y reprocesar las reclamaciones.

Si usted tiene preguntas adicionales, contacte a su *carrier* de Medicare, intermediario fiscal, o MAC.

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

Fuente: CMS PERL 201105-31

## Regla fiscal de índice de tarifas de servicios paliativos propuesta FY 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido una regla propuesta que se refiere al índice de tarifas de servicios paliativos para el año fiscal (FY) 2012. La regla propuesta incrementará los pagos de Medicare a servicios paliativos en un estimado de 2.3 por ciento el FY 2012 y establecerá un nuevo sistema de reporte de calidad autorizado por Affordable Care Act.

Bajo el sistema de reporte de calidad propuesto, los servicios paliativos tendrán que presentar a CMS datos sobre medidas de calidad, de otro modo tendrán su factor de incremento anual reducido en 2 puntos porcentuales, comenzando en FY 2014. Las medidas propuestas incluyen un elemento endosado por *National Quality Forum*, relacionado con manejo del dolor y una medida estructural relacionada con participación en evaluaciones de calidad específicas y programas de mejora de desempeño (QAPI).

La regla también propone cambiar la manera en que son contados los pacientes de servicios paliativos con propósitos del pago máximo anual de 2012 y más allá. La ley federal requiere que CMS imponga un límite en el pago agregado de Medicare que recibe anualmente un proveedor de servicios paliativos. Esta regla propone cambiar el cálculo actual del pago máximo y propone también que el nuevo método de conteo sea aplicado, en ciertas instancias, a años

anteriores. Además, la regla propuesta permitirá a los proveedores de servicios paliativos que no desean cambiar el método de conteo de sus pacientes, optar por continuar usando la metodología actual.

Finalmente, la regla propuesta modificará el requisito de entrevista personal para servicios paliativos, al promover eliminar la limitación que requiere que el médico de servicios paliativos que hace la entrevista personal y la certifica, sea el mismo médico que certifica la enfermedad terminal del paciente.

La regla propuesta está hoy en exhibición en la *Office of the Federal Register's Public Inspection Desk* y estará disponible bajo "Special Filings" en [www.ofr.gov/inspection.aspx](http://www.ofr.gov/inspection.aspx).

CMS aceptará comentarios acerca de la regla propuesta, hasta el 27 de junio de 2011. Más detalles acerca de esta regla propuesta estarán también disponibles en [http://www.cms.gov/apps/media/press\\_releases.asp](http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp).

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

Fuente: CMS PERL 201104-55

## Facturación

### Normas de codificación

#### Para administración de quimioterapia, inyecciones no quimioterápicas y servicios de infusión

First Coast Service Options, Inc. ha identificado un problema de codificación de reclamaciones de Medicare para administración de quimioterapia, inyecciones no quimioterápicas y servicios de infusión. Este problema afecta los siguientes códigos de *Current Procedural Terminology (CPT)*:

- **96365 Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico** (especifique la sustancia o el medicamento); inicial, hasta una hora.  
**Nota:** el código 96365 de CPT entra en vigencia el 1 de enero de 2009 y reemplaza el código 90765 de CPT.
- **96369 Infusión subcutánea para terapia o profilaxis** (especifique la sustancia o el medicamento); inicial, hasta 1 hora, que incluye la configuración de una bomba y el establecimiento de uno o más sitios de infusión subcutánea.  
**Nota:** el código 96369 de CPT entra en vigencia el 1 de enero de 2009 y reemplaza el código 90769 de CPT.
- **96413 Administración de quimioterapia, técnica de infusión intravenosa;** hasta 1 hora, sustancia/ medicamento únicos o iniciales.

Cuando se administran infusiones, inyecciones o combinaciones múltiples, el médico debe informar solo un código de servicio "inicial", a menos que el protocolo requiera que se usen dos sitios IV por separado. Si se factura más de un código de servicio "inicial" por día, se denegará el segundo código de servicio inicial, a menos que el paciente deba regresar para un servicio identificable en forma separada el mismo día o tenga dos líneas IV según el protocolo.

**Nota:** Use el modificador 59 para indicar un servicio identificable por separado.



## Administración

### Auto denegación de reclamaciones presentadas con modificador GZ

**Nota:** El artículo MM7228 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en febrero de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 6).

Número de *MLN Matters*: MM7228

Número de petición de cambio relacionado: 7228

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2148CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

#### Resumen

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

**Nota:** A partir del 1 de julio de 2011, los elementos presentados con modificador GZ, serán denegados automáticamente y no tendrán revisión médica.

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7228, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2148CP.pdf>.

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

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

#### 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**

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

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

**Recordatorios importantes de implementación**

**Anuncio:** 1 de enero de 2011, marcado al comienzo del año de transición 5010/D.0.

**Anuncio:** [Versions 5010 & D.0 FAQs now available](#) (Nuevo)

**Anuncio:** [National Testing Day message now available](#) (Nuevo)

**Recordatorio:** [5010/D.0. errata requirements and testing schedule can be found here](#)

**Recordatorio:** [Contact your MAC for their testing schedule](#)

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

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

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

**Calendario de implementación**

**Eventos actuales**

**Junio 2011**

**15 de junio:** National MAC testing day (for vendors, clearinghouses, and billing services, etc.)

**Próximos eventos**

**Julio 2011**

**20 de julio:** MAC hosted outreach and education session -- troubleshooting with your MAC

**Agosto 2011**

**24 de agosto:** National MAC testing day (for providers)

**31 de agosto:** CMS-hosted Medicare fee-for-service national call -- MAC panel

**Octubre 2011**

**5 de octubre:** MAC hosted outreach and education session (last push for implementation)

**24-27 de octubre:** [WEDI 2011 fall conference](#) \*

**Diciembre 2011**

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

**Eventos pasados**

**Junio de 2010**

**15 de junio:** [5010 national call -- ICD-10/5010 national provider call](#)

**30 de junio:** [5010 national call -- 837 institutional claim transaction](#)

**Julio de 2010**

**28 de julio:** [5010 national call -- 276/277 claim status inquiry and response transaction set](#)

**Agosto de 2010**

**25 de agosto:** [5010 national call -- 835 remittance advice transaction](#)

**Septiembre de 2010**

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

**Octubre de 2010**

**13 de octubre:** [5010/D.0. errata requirements and testing schedule released](#)

**27 de octubre:** [5010 national call -- NCPDP version D.0. transaction](#)



**Continúa en página 11**

## HIPAA 5010...(continuación)

**Noviembre de 2010**

**4 de noviembre:** *Version 5010 resource card published*

**8 de noviembre:** *WEDI 2010 fall conference \**

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

**Diciembre de 2010**

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

**Enero de 2011**

**1 de enero:** Comienzo del año de transición

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

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

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

**Febrero de 2011**

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

**Marzo de 2011**

**1 de marzo:** *New Evaluación de preparación -- Do you know the implications of not being ready?*

**30 de marzo:** *CMS-hosted 5010 national call -- provider testing and readiness.*

**Abril 2011**

**4-11 de abril:** *Version 5010 test education week*

**27 de abril:** *MAC hosted outreach and education session -- are you ready to test?*

**Mayo 2011**

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

**25 de mayo:** *CMS-hosted Medicare fee-for-service national call -- call to action --test!*

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

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

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

Fuente: CMS PERL 201105-15

---

## Tres nuevas hojas informativas relacionadas a Medicare Shared Savings Program

Medicare Learning Network® ha publicado tres nuevas hojas informativas relacionadas al recientemente publicado Notice of Proposed Rulemaking (NPRM) para el Medicare Shared Savings Program. Todas están disponibles para ver, descargar, e imprimir, libres de costo, del MLN.

- *Summary of Proposed Rule Provisions for Accountable Care Organizations Under the Medicare Shared Savings Program* provee una perspectiva general del NPRM. Para acceder a la hoja informativa, visite [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO\\_NPRM\\_Summary\\_Factsheet\\_ICN906224.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO_NPRM_Summary_Factsheet_ICN906224.pdf)
- *What Providers Need to Know: Accountable Care Organizations* provee información importante a los proveedores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare que pueden participar en el programa. Para acceder a la hoja informativa, visite [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO\\_Providers\\_Factsheet\\_ICN903693.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO_Providers_Factsheet_ICN903693.pdf)
- *Federal Agencies Address Legal Issues Regarding Accountable Care Organizations Participating in the Medicare Shared Savings Program* provee información sobre la coordinación de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) con la Oficina del Inspector General, *Federal Trade Commission*, Departamento de Justicia, y el Servicio de Rentas Internas sobre asuntos relacionados a *Shared Savings Program*. Para acceder a la hoja informativa, visite [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO\\_Federal\\_Agencies\\_Factsheet\\_ICN906225.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO_Federal_Agencies_Factsheet_ICN906225.pdf)

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

Fuente: CMS PERL 201104-48



## Nueva hoja informativa ‘Signature Requirements’

Una nueva publicación titulada *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](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Signature_Requirements_Fact_Sheet_ICN905364.pdf). Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los 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 para 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 201104-48

## Hoja informativa ‘Medicare Physician Fee Schedule’ ahora está disponible en formato impreso

La publicación titulada *Medicare Physician Fee Schedule* ahora está disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network*®. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre *Medicare physician fee schedule (PFS)* incluyendo los servicios del médico, servicios de terapia, índices de pago de PFS de Medicare, y la fórmula de los índices de PFS de Medicare. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque 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 201104-48

## Nuevo CD-ROM ‘Interactive Guide to MLN’

*Medicare Learning Network*® ha publicado un nuevo CD-ROM titulado *The Interactive Guide to the Medicare Learning Network*. Este CD-ROM permite un flujo de información en ambas direcciones entre los proveedores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare y el *MLN*. Los proveedores y otros profesionales del cuidado de la salud pueden enlazar directamente de los productos descritos en el CD-ROM a las páginas Web de *MLN* y el catálogo de productos del *MLN*. Una vez allí, los usuarios pueden descargar con confianza e imprimir copias de los productos más actualizados y precisos del *MLN*. Para ordenar el CD-ROM a través del sistema para ordenar productos del *MLN*, visite <http://www.CMS.gov/MLNProducts>.

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

Fuente: CMS PERL 201104-48

## Nueva información breve en la página Web de MLN Provider Compliance

Ha sido agregada una nueva información breve a la *Medicare Learning Network*® (*MLN*) [Provider Compliance Web page](#), la que contiene materiales educativos de proveedores de servicios-a-tarifa (FFS), para ayudarle a entender – y evitar – errores comunes de facturación y otras actividades incorrectas identificadas a través de los programas de revisión de reclamaciones. En esta página Web, podrá ver consejos breves sobre temas relevantes de cumplimiento del proveedor además de acciones correctivas y asegurarse de marcar esta página y acudir a ella con frecuencia, ya que todos los meses se agrega una nueva información breve.

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

Fuente: CMS PERL 201105-21

## El 15 de junio es el Día Nacional de Prueba de Versión 5010

Se está acercando rápidamente el domingo 1 de enero de 2012, fecha de cumplimiento de versión 5010. Todas las entidades cubiertas por HIPAA deberán dar los pasos necesarios para estar preparadas, incluyendo pruebas externas para asegurar el cumplimiento a tiempo. ¿Está usted preparado para la transición? Se sugiere a las partes interesadas de servicio-a-tarifa de Medicare, a contactar ahora su contratista administrativo de Medicare (MAC) y facilitar las pruebas para obtener un mejor entendimiento de los protocolos de prueba de MAC y la transición a versión 5010.

Para cooperar con estos esfuerzos, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) junto con el programa FFS de Medicare, anuncian un Día Nacional de Prueba de 5010, para el miércoles 15 de junio de 2011. Esta es una oportunidad para que las partes interesadas se reúnan y prueben los esfuerzos por cumplir que están ya en camino, con el beneficio agregado de apoyo en tiempo real por parte del equipo de apoyo con acceso inmediato y directo a los MAC.

CMS insta a todas las partes interesadas a participar en el Día Nacional de Prueba de Versión 5010. Esto incluye:

- Proveedores;
- Casas de facturación y Vendedores

Más detalles concernientes a las transacciones a ser probadas vienen de parte de su MAC local. Adicionalmente, hay varias agencias estatales de Medicaid que participarán del Día Nacional de Prueba 5010; también habrá más detalles de parte de ellas.

Nuevamente, el Día Nacional de Prueba 5010 de CMS no impide a las partes interesadas el probar inmediatamente sus transacciones con su MAC. No espere. Le animamos a comenzar a trabajar con su MAC desde ahora, para asegurar el cumplimiento a tiempo. Note que se exige una prueba exitosa antes que una parte interesada pueda ser puesta en producción.

Esperamos que todas las partes asociadas se unan el miércoles 15 de junio de 2011 y aprovechen esta gran oportunidad de asegurar que los esfuerzos de prueba y transición están bien encaminados. Para más información acerca de HIPAA 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 201105-06

## Hoja informativa ‘Improving Quality of Care for Medicare Patients: Accountable Care Organizations’

La hoja informativa *Improving Quality of Care for Medicare Patients: Accountable Care Organizations*, diseñada para enseñar acerca de los estándares de calidad de los cuidados médicos de acuerdo a lo que dice la notificación de reglamentación propuesta, está ahora disponible en formato descargable de la *Medicare Learning Network*<sup>®</sup>. La hoja informa sobre las mediciones propuestas sobre calidad y cuantificación del desempeño de calidad bajo los cinco ámbitos propuestos, lo que incluye experiencia paciente/cuidador, coordinación de cuidados, seguridad del paciente, medicina preventiva y población/débiles y ancianos. Está disponible para ser vista, impresa o descargada, en

[http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO\\_Quality\\_Factsheet\\_ICN906104.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO_Quality_Factsheet_ICN906104.pdf)

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

Fuente: CMS PERL 201105-21

## Hoja informativa revisada: Telehealth Services

La publicación revisada titulada *Telehealth Services* (revisada en marzo 2011) está ahora disponible en formato descargable en *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> en

<http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/TelehealthSrvcsfctsh.pdf>. Esta hoja informativa está destinada a enseñar acerca de los servicios provistos a beneficiarios de Medicare elegibles, por medio de un sistema de telecomunicaciones, incluyendo lugares de origen, practicantes de la salud en lugares remotos, servicios de telemedicina, servicios de facturación y pago de servicios profesionales provistos vía telemedicina y pago y facturación de tarifa del establecimiento en el lugar de origen.

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

Fuente: CMS PERL 201105-09

## Semana nacional de la salud y día de examen médico de la mujer

El domingo 8 de mayo se celebra el día de la madre, lo que activa, el lunes 9 de mayo, el *12th annual National Women's Health Week and National Women's Checkup Day*. "¡Este es tu momento!" es el lema de la *2011 National Women's Health Week*. Esta semana nacional de salud de la mujer les da la posibilidad de hacer de la salud su máxima prioridad. También las anima a dar los pasos necesarios para mejorar su salud física y mental y disminuir los riesgos de ciertas enfermedades. Aunque Medicare está ahora ayudando a pagar por más exámenes y servicios preventivos, muchas mujeres participantes en Medicare, no están aprovechando todos estos beneficios, dejando vacíos de prevención significativos. Con su ayuda podemos comenzar a llenar estos vacíos. Únase a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, para ayudar a las mujeres a aprender cómo vivir una vida más larga y sana, por medio de la detección oportuna de enfermedades y modificaciones en su estilo de vida.

### Cobertura de Medicare

Medicare da cobertura a un amplio rango de servicios preventivos y exámenes que son especialmente significativos para las mujeres, incluyendo pero sin limitarse a:

- Medidas de la masa ósea
- Pruebas de detección del cáncer
  - Pecho (mamograma y examen clínico del pecho)
  - Cervical y vaginal (prueba pap y examen pélvico)
  - Colorrectal
- Exámenes de detección de enfermedad cardiovascular
- Exámenes de detección de la diabetes
- Exámenes de detección del HIV
- Inmunizaciones

- Hepatitis B
- Influenza
- Neumococo
- Consejería para abandonar el uso del tabaco
- Examen anual de bienestar (nuevo para el 2011)

**Nota:** Aún cuando la cobertura de Medicare está sujeta a ciertos criterios de elegibilidad, muchos exámenes y servicios preventivos pueden ser recibidos por el beneficiario sin que tenga que pagarlos.

### ¿Qué puede hacer usted?

Como profesional del cuidado de la salud que provee servicios a beneficiarios de Medicare, CMS necesita su ayuda para asegurar que todas las mujeres que tienen Medicare estén informadas de los exámenes y servicios preventivos para los cuales podrían tener derecho, entiendan la importancia de utilizar estos servicios y sean alentadas a utilizar aquellos que les sean apropiados. Recuerde referir sus pacientes a los servicios que corresponda.

### Para más información

- [CMS Preventive Services Website](#)
- [Quick Reference Information: Medicare Preventive Services](#)
- [Medicare Learning Network \(MLN\) Preventive Services Educational Products](#)
- [National Women's Health Week](#)
- [National Women's Checkup Day](#)

Este día de la madre podemos hacer una diferencia positiva en la salud de las mujeres de nuestras vidas. Gracias.

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

Fuente: CMS PERL 201105-04

## Hoja informativa publicada 'Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers'

Una nueva publicación titulada Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*® en [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll\\_OrderReferProv\\_FactSheet\\_ICN906223.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_OrderReferProv_FactSheet_ICN906223.pdf). Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los requisitos de inscripción de Medicare para los proveedores que ordenan/refieren, e incluye información sobre los tres requisitos básicos para ordenar y referir y quién puede ordenar y referir para los servicios del beneficiario de agencia de salud en el hogar de Medicare Parte A, Parte B, y de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS).

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

Fuente: CMS PERL 201105-34

---

## Ambulance/Clinical Laboratory Fee Schedule y Federally Qualified Health Center

### Hojas informativas están ahora en formato impreso

Las siguientes hojas informativas están disponibles ahora en formato impreso en el *Medicare Learning Network*<sup>®</sup>:

*Clinical Laboratory Fee Schedule* (revisado en febrero de 2011) – la cual está diseñada para proveer educación sobre las tarifas fijas de laboratorio clínico incluyendo información de trasfondo, cobertura de los servicios de laboratorio clínico, y cómo se establecen los índices de pago.

*Ambulance Fee Schedule* (marzo de 2011) – la cual está diseñada para proveer educación sobre las tarifas fijas de ambulancia, incluyendo historial, proveedores y suplidores de ambulancia, pagos por servicios de ambulancia, y cómo se establecen los índices de pago.

*Federally Qualified Health Center* (marzo de 2011) – la cual está diseñada para proveer educación sobre los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) incluyendo historial; designación FQHC; servicios FQHC cubiertos; servicios primarios preventivos FQHC que no están cubiertos; sistema de pagos prospectivos FQHC; pagos FQHC; y las provisiones del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 que impactan los FQHC.

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 201105-34

---

## Hoja informativa publicada ‘Medicare Shared Savings Program and Rural Providers’

*Medicare Learning Network*<sup>®</sup> ha publicado la hoja informativa *Medicare Shared Savings Program and Rural Providers*, la cual está diseñada para proveer educación sobre cómo el Medicare Shared Savings Program (como fue propuesto en el Notice of Proposed Rulemaking) impacta a los proveedores rurales. Para ver, imprimir, o descargar la hoja informativa, visite

[http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO\\_Rural\\_Factsheet\\_ICN906565.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ACO_Rural_Factsheet_ICN906565.pdf).

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

Fuente: CMS PERL 201105-34

---

## Hojas informativas de pago de incentivo EHR disponibles en español

### Hoja informativa “Medicare EHR Incentive Payments for Eligible Professionals”

La hoja informativa “*Medicare Electronic Health Record Incentive Payments for Eligible Professionals*” se encuentra ahora disponible en español (ICN 906386). Esta hoja informativa está diseñada para enseñar, acerca del programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de **Medicare**, a los profesionales elegibles y puede ser accedido en la *Medicare Learning Network* en

<http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedicareEHRProgForEPs-ICN906388-sp.pdf>.

### Hoja informativa “Medicaid EHR Incentive Payments for Eligible Professionals”

La hoja informativa “*Medicaid Electronic Health Record Incentive Payments for Eligible Professionals*” se encuentra ahora disponible en español (ICN 906388). Esta hoja informativa está diseñada para enseñar, acerca del programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de **Medicaid**, a los profesionales elegibles y puede ser accedido en la *Medicare Learning Network* en

[http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Medicaid\\_EHRIncentivePayments\\_ICN906386-Sp.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Medicaid_EHRIncentivePayments_ICN906386-Sp.pdf).

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

Fuente: CMS PERL 201105-09

---

## Cumplimiento de los proveedores: ‘Fast Facts’ y newsletter

### ‘Fast Facts’ está ahora disponible en MLN en la página Web de cumplimiento de los proveedores

Como parte de los esfuerzos constantes de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para mantener los proveedores de servicios-a-tarifa (FFS) de Medicare al tanto de los nuevos y mejorados productos educacionales, CMS le insta visitar *Medicare Learning Network® (MLN) provider compliance Web page*. Ésta contiene materiales educacionales para el proveedor FFS, para ayudarlo a entender – y evitar – errores comunes de facturación y otras actividades impropias identificadas a través de los programas de revisión de reclamaciones. En esta página Web, usted puede ahora revisar mensajes breves acerca de temas relevantes de cumplimiento de los proveedores y las acciones correctivas correspondientes. Asegúrese de poner una marca en esta página y revisarla frecuentemente, ya que cada mes se agregará un nuevo “fast fact!”.

### Se ha publicado la edición de abril de 2011 de Quarterly Provider Compliance Newsletter

La próxima edición de *Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter* está ahora disponible en formato descargable de *Medicare Learning Network®* en [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyComp\\_Newsletter\\_ICN903696.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyComp_Newsletter_ICN903696.pdf). Esta herramienta educacional, publicada trimestralmente, está diseñada para enseñar cómo evitar errores comunes de facturación y otras actividades impropias cuando se trabaja con el programa Medicare. En esta edición, se presenta un gran número de hallazgos de auditoría de recuperación que se refieren a establecimientos de rehabilitación, hospitales, médicos, otros profesionales de la salud y hospitales de paciente ambulatorio. La *newsletter*, que presenta ahora una serie de consejos y sugerencias sobre temas relevantes además de un índice interactivo de ediciones anteriores, puede encontrarse en [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyCompNL\\_Archive.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyCompNL_Archive.pdf).

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

Fuente: CMS PERL 201105-09

## Actualización de códigos de notificación de remesa y denegación de ajuste de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM7369  
 Número de petición de cambio relacionado: 7369  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de mayo de 2011  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2213CP  
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

### Resumen

Para Medicare, el conjunto de códigos de notificación y de aviso de denegación, debe ser utilizado para reportar ajustes de pago en transacciones de notificación de remesa. Los códigos de denegación, son también utilizados en algunas transacciones de coordinación de beneficios (COB). La lista de códigos de notas de notificación de remesa (RARC), es mantenida por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y es utilizada para todos los pagadores, adiciones, desactivaciones y correspondientes modificaciones que puedan

haber sido iniciadas por cualquier organización de cuidados de la salud. Las listas de RARC y CARC son actualizadas tres veces al año – en marzo, julio y noviembre. Ambas listas de códigos son puestas en <http://www.wpc-edi.com/Codes>. Las listas al final del artículo resumen los últimos cambios.

**Nota:** El archivo actualizado de códigos debe ser descargado para ser utilizado junto con el software MREP actualizado.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7369.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7369, 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/R2213CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2213, CR 7369

**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.



## Mayo, mes nacional de conciencia y prevención de Osteoporosis

Únase a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid en la promoción del National Osteoporosis Awareness and Prevention Month. Se estima que el 50 por ciento de norteamericanos mayores de 50 años corren riesgo de sufrir en su vida fracturas por osteoporosis. Osteoporosis es llamada frecuentemente “enfermedad silenciosa” porque la pérdida de masa ósea ocurre sin síntomas, sin embargo, el diagnóstico y tratamiento oportunos pueden prevenir o reducir que ocurran fracturas comunes.

### Cobertura de Medicare

Medicare provee cobertura de mediciones de masa ósea una vez cada 24 meses (o con más frecuencia si es médicamente necesario), a beneficiarios calificados de Medicare cuando así lo ordena un médico u otro profesional de la salud calificado.

### ¿Qué puede hacer usted?

Como profesional de cuidados de la salud, usted juega un papel importantísimo al ayudar a sus pacientes a mantener huesos sanos y fuertes durante su vida. Aunque osteoporosis no es curable, puede ser tratada y controlada. He aquí cómo puede ayudar:

- Converse con sus pacientes acerca de sus factores de riesgo.
- Anime a todos los pacientes elegibles de Medicare a aprovechar al máximo los beneficios de mediciones de masa ósea de Medicare.
- Para aprender más acerca del *National Osteoporosis Awareness and Prevention Month* y coberturas de Medicare por mediciones de masa ósea, visite los sitios Web señalados a continuación.

### Para más información:

- [Bone Mass Measurement Web page](#) – esta página Web de CMS da a los proveedores una síntesis informativa de los recursos a su disposición acerca de mediciones de masa ósea.
- [Bone mass measurements Brochure](#) – este folleto provee a profesionales del cuidado de la salud a tarifa fija, una síntesis de las coberturas de Medicare a mediciones de masa ósea.
- [Quick Reference Information: Medicare Preventive Services](#) – esta tabla provee cobertura e información de codificación de los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo mediciones de masa ósea.
- [The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Healthcare Professionals](#) – este recurso completo provee cobertura e información de codificación en la forma de servicios preventivos y pruebas de detección cubiertas por Medicare, incluyendo mediciones de masa ósea.
- [NIH Osteoporosis and Related Bone Diseases national Resource Center](#)
- [The National Osteoporosis Foundation](#)

Juntos podremos promocionar mejor la toma de conciencia y huesos más sanos. Gracias por su apoyo.

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

Fuente: CMS PERL 201105-20

### Encuentre sus favoritos rápidamente: use Hallazgo Rápido

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar su sección favorita en nuestro sitio de Internet? Es fácil, solamente tiene que utilizar su herramienta de navegación Hallazgo Rápido. Este menú desplegable ubicado al lado izquierdo de cada página, le permite acceder de un salto a las páginas más populares del sitio, con solamente un clic. Encontrará enlaces a los portales de Parte A y Parte B, así como enlaces rápidos a la herramienta para examinar procedimientos, diagnosis, determinaciones locales de cobertura (LCD), catálogos de tarifas, publicaciones y mucho más. Encuentre rápidamente lo que necesita: use Hallazgo Rápido.

## Información General

### CMS propone... Continuación de la página 1

comenzar y/o continuar su participación en los programas de Medicare y Medicaid. Las condiciones son estándares de salud y seguridad que son los fundamentos para mejorar la calidad y protección de la salud y seguridad de los beneficiarios. CMS implementa estos estándares a través de los departamentos de salud estatales y organizaciones acreditadas reconocidas por CMS (a través de un proceso llamado “*deeming*, (consideraciones)”), que revisa las prácticas de los proveedores para asegurar que cumplen o exceden las condiciones estándares de Medicare.

Para cumplir estas disposiciones, los proveedores y suplidores deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos destinados a ofrecer y administrar vacuna contra la influenza estacional. La regla propuesta considera situaciones en las que los insumos de vacuna podrían ser escasos o no estar disponibles y reconoce que los proveedores y suplidores no pueden ser responsabilizados de tener vacunas disponibles para todos los pacientes en toda circunstancia.

Adicionalmente, la regla propuesta exigirá a los proveedores y suplidores la inclusión de políticas y procedimientos que les permita ofrecer vacunas para pandemia de influenza, en caso de que una futura vacuna de este tipo sea desarrollada.

El administrador de CMS Donald M. Berwick, M.D. dijo que “esta propuesta eliminará las barreras que

impiden a los beneficiarios de Medicare recibir, cuando lo desean, una vacuna anual como parte de su rutina de medicina preventiva”, agregando que “en tanto que CMS cree que la vacuna anti gripal es la mejor manera de mantener a los beneficiarios y sus familias sanos y salvos durante la estación de la influenza, nuestra propuesta respeta los derechos de los beneficiarios y sus familias de escoger si la vacuna anti gripal es lo mejor para ellos. Sin embargo, esperamos que al ampliar el ámbito de lugares donde se ofrece la vacuna, los beneficiarios tomarán la decisión de si prefieren recibirla, en base a sus necesidades de salud más bien que de conveniencia o disponibilidad”.

CMS aceptará comentarios públicos sobre la regla CMS propuesta, hasta el 5 de Julio y responderá los comentarios en una reglamentación final a ser publicada durante los meses venideros. Para presentar comentarios visite <http://www.regulations.gov> y busque la regla “CMS-3213-P”.

La regla propuesta está disponible en línea, de parte del *Federal Register* en <http://edocket.access.gpo.gov/2011/pdf/2011-10646.pdf>

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

Fuente: CMS PERL 201104-59

## Nuevas FAQ en 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). Este mes se ha agregado nuevas FAQ. Tómese un minuto y vea las nuevas FAQ sobre dar constancia, uso significativo, tecnología EHR certificada y la ruta hacia el pago.

### Dar constancia

1. ¿Con qué declaración de dar constancia debe estar de acuerdo un profesional elegible (EP), hospital elegible u hospital de urgencia (CAH), con la finalidad de presentar una constancia, demostrar exitosamente el uso significativo y recibir un incentivo de pago bajo el *Medicare EHR Incentive Program*? [Vea la respuesta.](#)
2. ¿Pueden los EP participar en *2011 Physician Quality Reporting System* (conocido anteriormente como PQRI), *2011 Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program*, y al mismo tiempo en *EHR Incentive Program* (conocido como uso significativo) y ganar incentivo por ambos? [Vea la respuesta.](#)

### Uso significativo

1. ¿Cómo debe calcularse el numerador y denominador de uso objetivo significativo de “generar y transmitir prescripciones electrónicamente (eRx)” para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? ¿Deben ser incluidas en el numerador las prescripciones electrónicas despachadas en una farmacia interna? [Vea la respuesta.](#)
2. ¿Puede un EP reclamar exclusión por uso objetivo significativo de “cambio de registros y gráficos de signos vitales” para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, si el EP registra regularmente uno o dos de los signos vitales exigidos, pero no los tres? [Vea la respuesta.](#)
3. ¿Cómo deben calcularse las entrevistas con el paciente para alcanzar el umbral de 50 por ciento de entrevistas con el paciente en lugares de atención médica equipados con tecnología EHR certificada para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)
4. Si un hospital o CAH elegibles tiene una unidad de

**Continúa en página 19**

## Nuevas FAQ...(continuación)

rehabilitación o una unidad psiquiátrica formando parte del departamento de hospitalizaciones y factura bajo *Place of Service (POS) code 21*, pero que está excluido del sistema prospectivo de pago por paciente hospitalizado (IPPS): ¿Debe incluirse los pacientes de esas unidades en el denominador de mediciones de uso objetivo significativo para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)

## Tecnología EHR certificada

1. Si un proveedor compra un EHR certificado completo o tiene una combinación de módulos EHR certificados que colectivamente satisfacen la definición de tecnología EHR certificada, pero opta por utilizar una tecnología EHR diferente, sin certificación, para cumplir con ciertos usos significativos con el menú del conjunto de objetivos y mediciones: ¿Podrá ese proveedor demostrar exitosamente uso significativo bajo

los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)

## Ruta de pago

1. ¿Cómo y cuándo serán hechos los pagos de 2011 correspondientes de los programas de incentivo EHR de Medicare? [Vea la respuesta.](#)

## Información adicional

¿Desea obtener más información acerca de los programas de incentivo EHR? 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 201105-01

---

## Nuevos recursos de atestación de Medicare

### Nuevos materiales publicados en el sitio Web de EHR

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado hojas de cálculo de atestación para ayudar a los proveedores a atestiguar exitosamente y cumplir con el uso significativo a través del sistema de atestación basado en Internet de CMS.

Estas hojas de cálculo de atestación permiten a los profesionales elegibles (EP), hospitales elegibles, y los hospitales de acceso crítico (CAH) registrar datos adicionales para las medidas principales y de menú que puede que no se obtengan solamente a través de su sistema certificado de registro de salud electrónico (EHR). Para proveer información completa y precisa para algunas de estas medidas, los EP y los hospitales puede que tengan que incluir información de los registros en papel de los pacientes o de otras áreas. (Tenga en cuenta que las medidas clínicas de calidad deben ser reportadas directamente de tecnología EHR certificada.)

Usted puede completar las hojas de cálculo de atestación de forma electrónica o manual, y luego mantener la hoja de cálculo a mano mientras atestigua para que sus datos tengan fácil acceso.

Usted puede encontrar las hojas de cálculo al hacer clic en los enlaces abajo. Asegúrese de que las hojas de cálculo le pertenecen:

- [Attestation Worksheet for Eligible Professionals](#)
- [Attestation Worksheet for Eligible Hospitals and Critical Access Hospitals](#)

## Actualizaciones al documento completo de preguntas frecuentes del programa de incentivo EHR

CMS también ha publicado el más reciente [FAQs document](#) en el sitio Web de CMS. Este documento interactivo provee las FAQ actualizadas al final de abril de 2011. Cada FAQ está organizada por temas para ayudarle a revisar la información más fácilmente sobre varios aspectos de los Programas de Incentivo EHR. CMS continuará proveyendo las actualizaciones cuando nuevas FAQ sean añadidas.

## ¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el sitio Web de [CMS EHR Incentive Programs](#) para enterarse de 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 201105-25

## Preguntas y respuestas de reprocesamiento de reclamaciones

Para las preguntas y respuestas siguientes, el término “proveedor” es usado en forma genérica, abarcando todos los médicos, otros profesionales de la salud, suplidores, hospitales y otros afectados por la Affordable Care Act y correcciones al catálogo de tarifas médicas de 2010 de Medicare.

### 1. ¿Por qué están siendo reprocesadas ciertas reclamaciones de Medicare?

Affordable Care Act incluye disposiciones que afectan el pago de reclamaciones de Medicare. La ley fue promulgada el 23 de marzo de 2010, sin embargo, varias disposiciones entraron en vigencia a partir del 1 de abril de 2010, o antes. Dado el tiempo que toma implementar cambios al programa, Medicare debe ajustar algunas reclamaciones que ya han sido procesadas con fechas de servicios o dadas de alta durante/ después de la fecha de vigencia del cambio, pero antes de que el cambio haya sido implementado. Además, las correcciones al Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) de 2010 fueron implementadas al mismo tiempo que las modificaciones de la Affordable Care Act a MPFS, con fecha de vigencia retroactiva de 1 de enero de 2010. Las fechas retroactivas de las disposiciones de la Affordable Care Act (que podrían afectar muchos diferentes tipos de proveedores, incluyendo hospitales, establecimientos de rehabilitación de pacientes, suplidores de ambulancia y médicos/otros profesionales de la salud) y las correcciones a MPFS, han dado como resultado la necesidad de reprocesar un gran volumen de reclamaciones de servicios-a-tarifa-fija de Medicare.

### 2. ¿Qué tipo de reclamaciones son afectadas por el reprocesamiento? ¿Cuál es el rango preciso de fechas cubiertas por dicho reprocesamiento?

A partir del 28 de abril de 2011, los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare, tendrían puesto en sus sitios Web, una tabla de disposiciones de reprocesamiento de reclamaciones de servicios-a-tarifa-fija de Medicare requeridos por la Affordable Care Act. Esta tabla contiene una lista de tipos de reclamaciones que tienen que ser reprocesadas, la fecha de vigencia del cambio y la fecha respectiva de implementación del cambio. No hay códigos o servicios únicos o especificados que señalen la necesidad de reprocesamiento de las reclamaciones. Podrían ser afectados todos los códigos y servicios dentro de un tipo de proveedor/reclamación.

### 3. ¿Por qué estamos ajustando reclamaciones de 2010 ahora? ¿Por qué hay tantos ajustes?

El volumen de reclamaciones que necesitan reprocesamiento, no tiene precedente. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están reajustando estas reclamaciones en

este momento, debido a que se necesita tiempo para desarrollar un plan de reprocesamiento que no distorsione el flujo normal de reclamaciones dentro del sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare de manera de obtener el financiamiento necesario. Hay un gran volumen de ajustes porque la naturaleza retroactiva de algunos cambios ha afectado reclamaciones durante varios meses (en algunos casos). Por ejemplo, la MPFS de 2010, entró en vigencia el 1 de enero de 2010, pero la Affordable Care Act fue promulgada el 23 de marzo de 2010. Además, CMS y sus contratistas han necesitado de tiempo para desarrollar, probar e implementar los cambios exigidos por la Affordable Care Act junto con los cambios resultantes de las notificaciones de correcciones de MPFS de 2010. El esfuerzo de MPFS se completó en mayo de 2010 (el tiempo varía según el contratista). Dado que Medicare procesa alrededor de 70 millones de reclamaciones MPFS, se puede apreciar que el volumen de reclamaciones reprocesadas es bastante grande.

### 4. ¿Tienen los proveedores que solicitar que sus reclamaciones sean reprocesadas o ajustadas? En forma similar: ¿Tienen los proveedores que solicitar reaperturas para facilitar o hacer más expedito el reprocesamiento de sus reclamaciones?

En la mayoría de los casos los proveedores no tienen que solicitar ajustes porque los contratistas administrativos de Medicare reprocesarán sus reclamaciones automáticamente. La excepción es cualquier reclamación que contenga servicios con cargos presentados que sean inferiores a la cantidad revisada del catálogo de tarifas para cobros médicos de Medicare o tarifas de ambulancia. Los proveedores afectados que deseen cobros más altos, deben contactar a su contratista de Medicare para obtener que el cobro mencionado en la reclamación sea aumentado a, por lo menos, la nueva tasa de pago.

Recomendamos a los proveedores no presentar solicitudes de redeterminaciones o reaperturas por reclamaciones que están sujetas a este esfuerzo de reprocesamiento. El reprocesamiento automático permitirá un flujo sin asperezas, donde el primero en llegar es el primero en salir, con respecto a reclamaciones y pagos. Por lo tanto, los anuncios de remesa al proveedor (RA) serán más manejables y facilitarán la reconciliación de las reclamaciones reajustadas.

*Continúa en página 21*

## Preguntas y...(continuación)

### 5. ¿Deben los proveedores volver a presentar sus reclamaciones?

No. Los proveedores no deben volver a presentar sus reclamaciones porque éstas podrían ser denegadas como duplicadas retrasando el proceso de ajuste retroactivo.

### 6. ¿Cuál es el plazo para que las reclamaciones sean reprocesadas?

El plazo varía de acuerdo al tipo de reclamación, volumen y contratista individual de Medicare. Los proveedores pueden contactar a sus contratistas individuales acerca de la fecha estimada de cumplimiento. CMS espera que la mayoría de las reclamaciones sean reprocesadas dentro de 12 meses.

### 7. ¿Qué sucede si el reprocesamiento o ajuste da como resultado un pago superior o inferior a lo debido?

Los contratistas administrativos de reclamaciones de Medicare seguirán el procedimiento normal para ocuparse de cualquier pago superior o inferior a lo debido que pudiera ocurrir durante el reprocesamiento de las reclamaciones.

Los pagos inferiores serán incluidos en la remesa regular siguiente después del reajuste.

Los pagos excesivos por ajuste de reclamaciones que resulten de un proveedor institucional (e.g., hospitales, establecimientos de rehabilitación de pacientes, etc.) serán compensados inmediatamente, sin considerar el monto, a menos que los fondos para hacer la compensación sean insuficientes. Cuando estos pagos excesivos no puedan ser compensados, se acumularán los montos hasta que se alcance una cantidad cercana a los \$25 dólares. En ese momento, se enviará una carta de cobro al proveedor institucional.

Cuando un ajuste de reclamación para un proveedor no institucional (e.g., médico, otro profesional de la salud, suplidor, etc.) de cómo resultado un pago excesivo, el contratista de Medicare enviará una solicitud de repago. Si este pago excesivo es menos que \$10 dólares, el contratista de Medicare no solicitará repago hasta que el total de la cantidad debida alcance por lo menos a \$10 dólares.

Para más información ver el *Financial Management Manual, Publication 100-06, Chapter 4, Section 70.16 or Section 90.2* (<http://www.cms.gov/manuals/downloads/fn106c04.pdf>).

### 8. ¿Están los proveedores obligados a devolver los pagos excesivos a los beneficiarios y pagadores suplementarios?

Se aplican los procedimientos estándares de recuperación de pago excesivo. Los proveedores tienen la obligación de devolver los cobros

excesivos hechos a los beneficiarios. La manera en que lo hacen queda a criterio del proveedor. Por ejemplo, algunos proveedores pueden optar por acreditarlo en la siguiente visita del beneficiario y algunos pueden optar por esperar que cierto número de sobrepagos se acumulen antes de efectuar una devolución (si un beneficiario tiene sobrepagos múltiples). Independientemente de la manera cómo se hace, los proveedores tienen la obligación de devolver a los beneficiarios el dinero debido. Los ajustes son enviados a los aseguradores secundarios porque esos aseguradores tienen la obligación de pagar el costo de ciertas obligaciones adicionales del beneficiario y ellos también tienen derecho a las devoluciones asociadas con sobrepagos. Este es el procedimiento normal. Los proveedores deben contactar a los aseguradores suplementarios para establecer la política del asegurador suplementario con respecto a pagos del proveedor debidos al asegurador.

### 9. ¿Qué debe hacer un proveedor en el caso de que sus reclamaciones no han sido ajustadas? ¿Puede el proveedor apelar de todas maneras si ha recibido una notificación de remesa (RA) por una reclamación reprocesada y él/ella decide que el cobro de la reclamación es incorrecto? ¿Puede un proveedor apelar una solicitud de sobrepago?

Los proveedores deberán contactar al contratista de Medicare con sus consultas sobre reclamaciones que no han sido ajustadas, pero que ellos piensan que deberían serlo. Los proveedores deben dar al contratista el tiempo suficiente para completar los ajustes, antes de contactarlos acerca de este problema, o antes de solicitar una reapertura o llenar una solicitud de apelación.

Los proveedores deben solicitar una reapertura para corregir errores administrativos o de facturación. Los contratistas procesarán todas las correcciones de errores administrativos como reaperturas. En forma alternativa, los proveedores pueden llenar una solicitud de apelación si están en desacuerdo con las determinaciones de cobertura y/o de pago, incluyendo determinaciones de sobrepago.

### 10. ¿Cuál es el plazo para una apelación o solicitud de reapertura? ¿Qué sucede si ya ha pasado el plazo de un año para que el proveedor solicite la reapertura de una reclamación?

Los proveedores pueden solicitar una reapertura, por cualquier motivo, dentro de un año. Adicionalmente, los proveedores pueden tener hasta cuatro años para solicitar una reapertura si existe "buena causa" para hacerlo. El criterio

**Continúa en página 22**

## Preguntas y...(continuación)

de “buena causa” está descrito en el *Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 34, Section 10.11* (<http://www.cms.gov/manuals/downloads/clm104c34.pdf>). El hacer cambios al cobro presentado como resultado de un incremento de la tasa de pago con motivo de la *Affordable Care Act* y/o las notificaciones de correcciones de 2010, es una circunstancia que puede garantizar una determinación de que existe una “buena causa”. De otro modo, se aplican todos los otros plazos mandatorios para reaperturas y apelaciones.

### 11. ¿Pueden los proveedores, revisando la notificación de remesa (RA), determinar que ajustes están relacionados con este esfuerzo de reprocesamiento? ¿Pueden los proveedores recibir estos ajustes en una RA separada?

En algunos casos, los contratistas tendrán identificados individualmente estos ajustes de reclamaciones, por medio de un *Claim Adjustment Reason Code* (CARC)/*RA Remark Code* (RARC). Los contratistas de Medicare podrían utilizar códigos diferentes; por lo tanto, los contratistas informarán a sus proveedores que tipo de CARC/RARC deben ver.

En un esfuerzo de hacer el comienzo del reproceso de reclamaciones de manera más expedita, se decidió utilizar procedimientos normales de operaciones. Por lo tanto, las reclamaciones reprocesadas deben formar parte del próximo pago regular y deben estar reflejadas en esos pagos de RA.

### 12. ¿Estarán los proveedores sujetos a sanciones administrativas por parte de Office of Inspector General (OIG) si deciden ignorar la responsabilidad del beneficiario en relación a incrementos retroactivos en tasas de pago?

En circunstancias como éstas, los proveedores deberán revisar la política de costo-compartido del beneficiario de la OIG en [http://oig.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/Retroactive\\_Beneficiary\\_Cost-Sharing\\_Liability.pdf](http://oig.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/Retroactive_Beneficiary_Cost-Sharing_Liability.pdf).

## Indiana y Ohio lanzaron programas de incentivo EHR de Medicaid

El 2 de mayo, Indiana y Ohio han abierto, para profesionales y hospitales elegibles, la inscripción a sus programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicaid. Los hospitales y profesionales elegibles (EP), en esos estados, podrán recibir ahora pagos de incentivo a través del programa de incentivo EHR de Medicaid, una vez que estén exitosamente inscritos y dando constancia, a nivel de estado, el haber adoptado, implementado o actualizado tecnología EHR certificada. Puede encontrarse más información sobre el programa de incentivo EHR de Medicaid en la página Web [Medicare and Medicaid EHR Incentive Program Basics](#) en el sitio Web de EHR de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Si usted provee servicios de cuidados de la salud a beneficiarios de Medicaid en Indiana u Ohio y desea más información acerca de participar en el programa de incentivos EHR de Medicaid en su estado, viste el sitio Web de su agencia estatal de Medicaid, aquí:

- [Indiana](#)
- [Ohio](#)

Desde el 2 de mayo, 15 estados han iniciado sus programas de incentivo EHR de Medicaid, y siete 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.

### CMS está en la National Rural Health Association (NRHA) Rural Health Conference

¿Asistirá usted a la *34th Annual NRHA Rural Health Conference*, en Austin, Texas? Visítenos en el puesto #101. Representantes de CMS estarán a mano para ayudar a responder cualquier pregunta que usted pudiese tener acerca de los programas de incentivo EHR. También tendremos una sesión de escucha para proveer información acerca de los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid. He aquí el detalle de las sesiones:

- **Hora:** 11:00 a.m.-12:15 p.m. CDT
- **Ubicación:** Sala 602
- **Presentación a cargo de:** Travis Broome, CMS, Asistente Especial del Consorcio Administrador

### ¿Desea más información acerca de los programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el [EHR Incentive Programs Website](#) 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 201105-07

## Recuperación del sobrepago en la remesa

**Nota:** El artículo MM6870 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en marzo de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 10).

Número de *MLN Matters*: MM6870 — Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6870

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R866OTN

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010, excepto el 3 de octubre de 2011, para las reclamaciones procesadas por el sistema FISS usadas por los FI y los MAC A/B

### Resumen

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

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

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

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

### Información adicional

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

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

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

**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 específicas así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

### 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.

## ¿Cómo recibo pago por los programas de incentivo de EHR?

Pagos a los programas de incentivo de registros de salud electrónicos (EHR) de Medicare y Medicaid, son distribuidos en base a cada año de participación y siguen el calendario de pagos específico [payment schedule](#). A continuación está el detalle de pagos de programas de incentivos EHR de Medicare y Medicaid. Para una síntesis, ver el artículo *Medicare Learning Network (MLN) Matters Special Edition (SE1111) – Medicare Electronic Health Record (EHR) Incentive Payment Process*.

### Programa de incentivo EHR de Medicare

- **Profesionales elegibles (EP):** EP podrán recibir bajo el programa de incentivo EHR, hasta US\$44,000 durante cinco años. Hay un incentivo adicional para EP que prestan servicios en áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA). Para obtener el pago máximo de incentivo, EP de Medicare EP deben estar participando para 2012.
- **Hospitales elegibles y hospitales de urgencia (CAH):** Pagos de incentivo a hospitales elegibles y CAH, pueden comenzar tan pronto como en 2011 y están basados en un número de factores, comenzando con un pago base de US \$2 millones de dólares.

### Programa de incentivo EHR de Medicaid

- **EP:** El programa de incentivo EHR de Medicaid es ofrecido en forma voluntaria por estados y territorios. EP pueden recibir hasta \$63,750 durante los seis años en que decidan participar en el programa. EP de Medicaid deberán iniciar el programa en 2016.
- **Hospitales elegibles:** Hospitales de Medicaid que califican para pago de incentivo elegibles y CAH, pueden comenzar a recibir el pago correspondiente tan pronto como en el año fiscal (FY) 2011. Pagos a hospitales están basados en un número de factores, comenzando con un pago base de US \$2 millones de dólares. Los pagos a hospitales de Medicaid deben comenzar en 2016.

**Nota importante:** Contratistas administrativos de Medicare (MAC), contratistas de Parte B de

Medicare e intermediarios f scales (FI), no harán pagos de incentivo EHR de Medicare. CMS ha contratado un contratista de desarrollo de archivos de pago para hacer estos pagos.

**No llame a:** su MAC/Contratista de Parte B de Medicare/FI por preguntas acerca de incentivo de pago EHR.

**En su lugar,** llame al centro de informaciones de EHR:

Horas de atención: 7:30 a.m.-6:30 p.m. (Hora Centro) de lunes a viernes, excepto en feriados federales.

888-734-6433 (número primario) o 888-734-6563 (número TTY).

En el sitio Web de EHR ha sido puesta una FAQ revisada acerca del pago de programas de incentivo EHR

**Pregunta:** ¿Cómo y cuando se harán los pagos de 2011 del programa de incentivo EHR de Medicare?

**Respuesta:** Para EP, los pagos del programa de incentivo EHR de Medicare se harán cuatro a ocho semanas después de que EP den testimonio exitoso de haber demostrado el uso de tecnología EHR certificada. Sin embargo, EP no recibirán pago de incentivo dentro de ese plazo si no han alcanzado el umbral de cargos permitidos para servicios profesionales con cobertura prestados por EP durante el año. Lea aquí el resto de la respuesta a esta FAQ.

### ¿Desea más información sobre programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el sitio Web de Programas de Incentivo EHR en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms> para ver las últimas noticias y actualizaciones acerca de 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 201104-53

## El Affordable Care Act ofrece a los proveedores nuevas opciones para coordinar mejor la atención médica

### Nuevos modelos de responsabilidad para la organización de salud mejorará el cuidado del paciente y podría ahorrar hasta \$430 millones en Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron tres iniciativas del Affordable Care Act diseñadas para ayudar a encaminar a los doctores, hospitales, y otros proveedores del cuidado de la salud en la dirección correcta para convertirse en organizaciones de la salud responsables (ACO) y mejorar la atención médica de los americanos con Medicare.

Primero: *The Center for Medicare & Medicaid Innovation* está solicitando aplicaciones para el nuevo *Pioneer ACO Model* que provee un camino más rápido para los ACO de más tiempo que ya han comenzado la coordinación del cuidado de los pacientes y están listos para seguir adelante.

**Continúa en página 25**



### **El Affordable Care Act...(continuación)**

Segundo: el centro de innovación está buscando comentarios sobre la idea [Advance Payment Initiative](#) que ofrece a ciertos ACO participantes en el *Medicare Shared Savings Program* acceso de antemano a sus ahorros compartidos, ayudándolos a hacer de la infraestructura e inversiones del personal algo crucial para la coordinación y mejoras en el cuidado de los pacientes.

Finalmente, los proveedores interesados en aprender más sobre cómo coordinar el cuidado de los pacientes a través de los ACO pueden asistir a las nuevas sesiones gratuitas [accelerated development learning](#). Estas sesiones enseñarán a los proveedores interesados a convertirse en ACO, los pasos que pueden tomar para mejorar la entrega del cuidado, y cómo desarrollar un plan de acción para encaminarse hacia proveer una mejor y coordinada atención médica.

Juntos con [Medicare Shared Savings Program](#), las iniciativas anunciadas hoy ofrecen a los proveedores un rango amplio de opciones y sustento que reflejan las necesidades variadas de los proveedores cuando se involucran con las reformas del sistema de entrega. CMS emitió una regla propuesta para implementar el Medicare Shared Savings Program en marzo de 2011, y continúa exhortando y aceptando los comentarios de los proveedores y el público que ayudarán a fortalecer la regla final.

Las iniciativas son parte de un esfuerzo más amplio por la Administración Obama, hecho posible por el Affordable Care Act, para mejorar el cuidado médico y bajar los costos. Para más información sobre todas estas iniciativas, visite el sitio Web [The Center for Medicare & Medicaid Innovation](#).

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

Fuente: CMS PERL 201105-28

---

## **Atestación de Uso Significativo**

### **CMS ha lanzado un nuevo recurso de atestación para el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare**

Todos los profesionales elegibles, hospitales elegibles, y los hospitales de acceso crítico (CAH) participando en el programa de incentivo EHR de Medicare deben atestar haber cumplido los requisitos de uso significativo para recibir sus pagos de incentivo EHR.

El [Meaningful Use Attestation Calculator](#) ayuda a los EP de Medicare, hospitales elegibles, y los CAH determinar si ellos han cumplido con todos los objetivos y sus medidas asociadas para uso significativo antes de completar la atestación para el programa de incentivo EHR de Medicare. Es importante notar que la herramienta no calcula [clinical quality measures](#) (CQM). Estas medidas son reportadas directamente de un EHR certificado y necesitarán ser ingresadas en el sistema de atestación basado en Internet para recibir un pago de incentivo. Esta calculadora no es lo mismo que la atestación; más bien es una herramienta que permite a los EP de Medicare evaluar su preparación para completar exitosamente el proceso de atestación.

El [Meaningful Use Attestation Calculator](#) ayudará a preparar a los EP, hospitales elegibles, y los CAH para el sistema de atestación. Después de ingresar su medida principal y menú de datos de uso significativo, la calculadora mostrará si un proveedor ha cumplido los criterios de necesidad para estos objetivos. El usuario puede entonces imprimir una copia de las medidas que han ingresado y si han pasado o fallado cada medida específica.

La calculadora indicará en rojo esas medidas para el cual los valores ingresados no cumplieron los márgenes requeridos y los marcará como "failed".

Usted puede encontrar Meaningful Use Attestation Calculator y más información sobre el proceso de atestación en la [página Attestation](#) del sitio Web de los programas de incentivo EHR de CMS.

Para entender mejor los criterios de uso significativo, los EP, hospitales elegibles, y los CAH pueden también revisar [Stage 1 Meaningful Use Specification Sheets for EPs](#) y [eligible hospitals and CAHs](#). Estas hojas de especificación contienen información detallada sobre cada medida principal y menú de uso significativo.

### **¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR?**

Asegúrese de visitar el sitio Web [CMS EHR incentive programs](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo de EHR.

Este servicio es provisto a usted por [Medicare and Medicaid EHR incentive programs](#).

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

Fuente: CMS PERL 201104-38

## A ser emitidos los pagos de incentivo EHR

### Registro de salud electrónico de Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que los pagos de incentivo para el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) serán enviados esta semana (semana del 16 de mayo). Los proveedores que han atestiguado exitosamente haber cumplido el uso significativo, y que han cumplido todos los otros requisitos del programa, pueden esperar recibir sus pagos de incentivo 2011 pronto.

#### ¿Qué clase de pago puedo esperar?

Los profesionales elegibles (EP) que participan en el programa de incentivo EHR de Medicare reciben un pago basado en un 75 por ciento de sus cargos totales permitidos de Medicare presentados a más tardar dos meses después del fin del año calendario 2011. Los cargos máximos permitidos utilizados para el pago de incentivo 2011 es \$24,000. Esto significa que el máximo de pago de incentivo que un EP puede recibir para el primer año de participación es de \$18,000.

Tenga en cuenta que los pagos de incentivo no serán realizados a un EP hasta que el EP cumpla el margen de \$24,000 en los cargos permitidos de Medicare. Los pagos de incentivo a los hospitales elegibles y los hospitales de acceso crítico (CAH) están basados en un número de factores, comenzando con un pago base de \$2 millones.

#### ¿Cómo son realizados los pagos?

Los participantes recibirán sus pagos del programa de incentivo EHR de la misma forma que ellos reciben los pagos para los servicios de Medicare, vía la transferencia electrónica de fondos o por cheque en papel. Los pagos a los proveedores de Medicare serán realizados al número de identificación de impuesto (TIN) seleccionado durante la inscripción para el programa de incentivo EHR de Medicare. Para las transferencias electrónicas, CMS depositará los pagos de incentivo en la primera cuenta bancaria en archivo y aparecerá en la declaración bancaria como "EHR Incentive Payment".

**Importante: los contratistas administrativos de Medicare (MAC), carriers, e intermediarios fiscales no estarán realizando estos pagos.** CMS está trabajando con un contratista de desarrollo de archivo de pago para realizar estos pagos. No contacte su MAC sobre los pagos de incentivo EHR.

#### Pagos del programa de incentivo EHR de Medicaid

Desde enero de 2011, varios estados que comenzaron sus programas de incentivo EHR de Medicaid han realizado los pagos a muchos EP y hospitales elegibles que han cumplido los requisitos para el programa de incentivo EHR de Medicaid. Hasta la fecha, sobre \$83 millones de pagos de incentivo de Medicaid han sido emitidos a los EP y los hospitales elegibles participantes en el programa de incentivo EHR.

Para ver una lista de cotejo de cómo participar en el programa de incentivo EHR de Medicare o Medicaid, vea la sección [Path to Payment](#) en el sitio Web de EHR.

#### Información adicional

Asegúrese de visitar el sitio Web [CMS EHR incentive programs](#) para enterarse de 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 201105-32



## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Junio-julio 2011

Foro abierto sobre el contratista de auditoría de recuperaciones (RAC) – Parte A

Cuando: 14 de junio  
Hora: 11:30 a.m.-12:30 p.m.  
Tipo: W ebcast  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Tema: Día Nacional de Pruebas 5010

Cuando: 15 de junio  
Hora: 10:00-11:00 a.m. ET  
Tipo: W ebcast  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Foro abierto sobre el contratista de auditoría de recuperaciones (RAC) – Parte B

Cuando: 15 de junio  
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET  
Tipo: W ebcast  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

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

Cuando: 12 de julio  
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET  
Tipo: W ebcast  
**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: 12 de julio  
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET  
Tipo: W ebcast  
**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.fcsouniversity.com](http://www.fcsouniversity.com). Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo "My Courses" a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** es necesario abrir una cuenta completando por Internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar "9999" en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio Web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

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

### Nota:

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

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

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

## Cobertura y Reembolso

### Vacuna contra el virus de influenza y neumococos Cambios de pago y modificación para los códigos HCPCS

**Nota:** El artículo MM7128 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en marzo de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 31).

Número de *MLN Matters*: MM7128

Número de petición de cambio relacionado: 7128

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2154CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

#### Resumen

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

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

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

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

#### Información adicional

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

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

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

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

### Actualización de pagos de psiquiatría

#### Actualización del sistema de pagos prospectivos de establecimientos psiquiátricos en el año de pago 2012

Esta regla final actualiza las tasas de pagos prospectivos de servicios a pacientes hospitalizados provistos por establecimientos psiquiátricos (IPF) para dadas de alta durante el año de pago (RY) comenzando el 1 de Julio de 2011 hasta el 30 de septiembre de 2012. La regla final también cambia la tasa de pago del sistema de pagos prospectivos (PPS) de IPF del período actualizado del año de pago a una RY que coincida con un año fiscal (FY). Además, la regla implementa la política de cambios que afecta el PPS de IPF de ajuste de enseñanza. También rebasa y revisa la canasta del mercado de rehabilitación, psiquiatría y cuidados a largo plazo (RPL) y hace algunas clarificaciones y correcciones a la terminología y texto de las reglamentaciones. Estas reglamentaciones entran en vigencia el 1 de julio de 2011.

Para ver CMS-1346-F, ir a

<http://www.cms.gov/InpatientPsychFacilPPS/IPFPPSRN/itemdetail.asp?f lterType=none&f lterByDID=-99&sortByDID=4&sortOrder=descending&itemID=CMS1247139&intNumPerPage=10>.

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

Fuente: CMS PERL 201104-54

---

---

## Corrección al ajuste de neutralidad de presupuesto de transición de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM7366

Número de petición de cambio relacionado: 7366

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R887OTN

Fecha de implementación: 4 de enero de 2011

### Resumen

Orden de cambio (CR) 7366 da a los contratistas de Medicare instrucciones de corregir el ajuste de neutralidad de presupuesto de transición de enfermedad renal en estado terminal, reemplazando la reducción del 3.1 por ciento del pago por cero por ciento de ajuste de neutralidad de presupuesto de pago por servicios de diálisis renal provistos a partir del 1 de abril de 2011. CR 7366 también ordena a los contratistas de Medicare retener las reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) con fechas de servicio de abril de 2011, hasta la implementación de CR 7366 (9 de abril de 2011). Toda vez que las reclamaciones ESRD son presentadas mensualmente, las reclamaciones de abril, presentadas durante la primera semana de mayo, serán retenidas hasta el 9 de mayo de 2011. Esta retención no afectará el pago oportuno a proveedores.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7366.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7366, 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/R887OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 887, CR 7366

**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.

---

---

## PC Pricer 2011: Sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar

Los datos del proveedor del año calendario (CY) 2011 del sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS) PC Pricer han sido actualizados con los datos de abril de 2011 y ahora están disponibles para descargar. Los HHA PC Pricers están en la página Web, [http://www.cms.gov/PCPricer/05\\_HH.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/05_HH.asp), bajo la sección de Downloads. Si usted utiliza los CY 2011 HHA PPS PC Pricers, vaya a la página arriba y descargue las últimas versiones del PC Pricer.

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

Fuente: CMS PERL 201104-49

---

---

## PC Pricer 2011: Sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio

La página Web del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) Pricer fue actualizada recientemente para incluir la actualización de abril de 2011, para los datos del proveedor del cuidado ambulatorio. Los usuarios ahora pueden acceder la actualización de los datos del proveedor en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp> al seleccionar 2011, y luego descargar "2nd Quarter 2011 Files" de la página Web de OPPS Pricer.

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

Fuente: CMS PERL 201105-30

## Actualización del sistema de pagos prospectivos y ajuste de volumen de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM7388  
 Número de petición de cambio relacionado: 7388  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de abril de 2011  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2195CP  
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7388, la cual provee instrucciones para el ajuste de bajo volumen de enfermedad renal en estado terminal (ESRD). El sistema de pagos prospectivos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS) implementado el 1 de enero de 2011, provee ajustes de pago a los centros de bajo volumen. El ajuste de bajo volumen está incluido en la cantidad de reembolso por tratamiento de PPS que es enviado del programa Pricer al fiscal intermediary shared system (FISS).

Los proveedores de ESRD pueden ser elegibles para recibir un ajuste de centro de bajo volumen a su índice si cumplen con los criterios descritos en el CR 7064 (Transmisión 2134, fecha del 14 de enero de 2011).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7388.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7388, 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/R2195CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2195, CR 7388

**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.

## PC Pricer 2011: Actualizaciones PPS de centro psiquiátrico

El sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS) PC Pricer ha sido actualizado con los datos del proveedor de abril de 2011, y ha sido actualizado en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para las reclamaciones con fechas del 1 de octubre de 2010, al 30 de junio de 2011. Si usted utiliza el IPF PPS PC Pricer para el año de pago (RY) 2011, vaya a la página, [http://www.cms.gov/PCPricer/09\\_inppsy.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp), bajo la sección de *Downloads*, y descargue la última versión del IPF PPS RY 2011 PC Pricers, publicada el 28 de abril de 2011.

Fuente: CMS PERL 201104-51

### Encuentre sus favoritos rápidamente – use Hallazgo Rápido

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar su sección favorita en nuestro sitio de Internet? Es fácil – solamente tiene que utilizar su herramienta de navegación Hallazgo Rápido. Este menú desplegable ubicado al lado izquierdo de cada página, le permite acceder de un salto a las páginas más populares del sitio, con solamente un clic. Encontrará enlaces a los portales de Parte A y Parte B, así como enlaces rápidos a la herramienta para examinar procedimientos, diagnosis, determinaciones locales de cobertura (LCD), catálogos de tarifas, publicaciones y mucho más. Encuentre rápidamente lo que necesita: use Hallazgo Rápido.

## Hospital

### Pago de LCSW a hospital de urgencia

Número de *MLN Matters*: MM7361

Número de petición de cambio relacionado: 7361

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2011

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2202CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

#### Resumen

Este artículo se basa en orden de cambio (CR) 7361 que señala como se calculan los pagos de Medicare de trabajadores sociales clínicos certificados (LCSW), por servicios en que LCSW reasigna sus derechos de cobro en método II a hospital de urgencia (CAH), para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de octubre de 2011.

Medicare paga por servicios de LCSW cuando el procedimiento es cobrado en factura tipo 85x con código de ingreso 96x, 97x, o 98x y modificador AJ (trabajador social clínico).

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7361.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7361, 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/R2202CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2202, CR 7361

**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.

### Hojas informativas en español de incentivo EHR para hospitales

#### Hoja informativa Medicaid Hospital EHR Incentive Payments Calculations disponible ahora en español

La traducción al español de la hoja informativa *Medicaid Hospital Incentive Payments Calculations* se encuentra ahora disponible (ICN 906387). Esta hoja informativa está diseñada para enseñar la manera en que se calcula los pagos de incentivo de registro de salud electrónicos (EHR) para hospitales de Medicaid y puede ser accedida en la *Medicare Learning Network*® en

<http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/EHR-Medicaid-Hospital-Incentive-Payment-ICN906387-Sp.pdf>.

#### Hoja informativa EHR Incentive Program for Critical Access Hospitals disponible ahora en español

La traducción al español de la hoja informativa *EHR Incentive Program for Critical Access Hospitals* se encuentra ahora disponible (ICN 906384). Esta hoja informativa está diseñada para enseñar acerca del programa de incentivo EHR de Medicare para hospitales de urgencia y puede ser accedida en la *Medicare Learning Network*® en [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/EHR-CAHs\\_ICN906384-Sp.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/EHR-CAHs_ICN906384-Sp.pdf).

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

Fuente: CMS PERL 201105-21

## PC Pricer: Actualización del año fiscal 2011 del paciente hospitalizado

Los últimos datos del proveedor de abril de 2011 han sido actualizados en el año fiscal (FY) 2011 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (INP PPS) PC Pricers. Si usted utiliza FY 2011 INP PPS PC Pricers, vaya a la página Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en [http://www.cms.gov/PCPricer/03\\_inpatient.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp), y descargue la última versión del FY 2011 PC Pricer. La actualización es para las reclamaciones con fecha del 1 de octubre de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2011. La actualización tiene fecha del 27 de abril 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 201104-50

## Hoja informativa revisada: Hospital Outpatient Prospective Payment System

La publicación revisada titulada *Hospital Outpatient Prospective Payment System* (revisada en marzo 2011) está ahora disponible en formato descargable en *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/HospitalOutpaysysfctsh.pdf>. Esta hoja informativa está destinada a enseñar acerca del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio de hospital (OPPS), incluyendo antecedentes, clasificación de pago ambulatorio, cómo se establecen las tasas de pago y tasas de pago bajo OPPS.

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

Fuente: CMS PERL 201105-09

## Actualizaciones al Medicare Claims Processing Manual de Internet Inpatient hospital billing

Número de *MLN Matters*: MM7385

Número de petición de cambio relacionado: 7385

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de abril de 2011

Fecha de efectividad: 23 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2193CP

Fecha de implementación: 23 de julio de 2011

### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7385, la cual incluye las siguientes correcciones y clarificaciones al Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 3 (Inpatient Hospital Billing):

- Corrige las descripciones del código de diagnóstico de hemofilia;
- Clarifica las instrucciones de procesamiento para el periodo que no es "outlier" después de que se acaban los días de beneficio regular; y
- Clarifica la aplicación de la póliza Code First en la Sección 190.5.2 para mostrar que los sistemas de Medicare buscan solamente el primer código secundario para un código diagnóstico de psiquiatría para asignar el DRG-MS-DRG.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7385.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7385, 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/R2193CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2193, CR 7385

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



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

**Nota:** El artículo MM7142 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en noviembre de 2010, en *Medicare A y B Al Día* (páginas 25 y 26).

Número de *MLN Matters*: MM7142

Número de petición de cambio relacionado: 7142

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R595OTN

Fecha de implementación: 5 de abril de 2011

### Resumen

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

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

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

### Información adicional

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

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

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 595, CR 7142

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

### Entérese primero: Suscríbase 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. Suscríbase 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. Suscríbase 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: Inscríbase hoy.

## Implementación de Affordable Care Act

### Administración implementa la provisión para mejorar el cuidado y reducir los costos Compra basada en valor recompensará a los hospitales en base a la calidad del cuidado para los pacientes

El Departamento de Salud y Servicios Humanos lanzó una nueva iniciativa que recompensará a los hospitales por la calidad del cuidado que ellos proveen a las personas con Medicare y por ayudar a reducir los costos del cuidado de la salud. Autorizado por el *Affordable Care Act*, el programa de compra basado en valor del hospital marca el comienzo de un cambio histórico en cómo Medicare paga a los proveedores del cuidado de la salud y sus centros -- por primera vez, 3,500 hospitales en todo el país serán pagados por servicios del cuidado agudo de hospitalización basado en la calidad del cuidado, no solamente en la cantidad de los servicios que proveyeron.

Esta iniciativa ayuda a sustentar las metas del *Partnership for Patients*, una nueva asociación pública-privada que ayudará a mejorar la calidad, seguridad y asequibilidad en costo del cuidado de la salud para todos los americanos. El *Partnership for Patients* tiene el potencial en los próximos tres años de salvar 60,000 vidas y ahorrar \$35 billones en los costos del cuidado de la salud en los Estados Unidos, incluyendo hasta \$10 billones para Medicare. En los próximos 10 años, el *Partnership for Patients* podría reducir los costos de Medicare cerca de \$50 billones y resultar en billones más en ahorros de Medicaid.

“El cambiar la forma en que pagamos a los hospitales mejorará la calidad del cuidado de la salud para las personas mayores y ahorrará dinero para todos nosotros”, dijo la Secretaria de HHS, Kathleen Sebelius. “Bajo esta iniciativa, Medicare recompensará a los hospitales que provean el cuidado de alta calidad y mantengan a sus pacientes saludables. Es una parte importante de nuestro trabajo para mejorar la salud de nuestra nación y reducir costos. Mientras los hospitales trabajan para mejorar su desempeño en estas medidas, todos los pacientes – no solamente los pacientes de Medicare – se beneficiarán”.

En el año fiscal (FY) 2013, un estimado de \$850 millones serán asignados a los hospitales basado en su desempeño en general en un conjunto de medidas de calidad que han sido comprobadas como que mejoran los procesos clínicos del cuidado y satisfacción del paciente. Estos fondos serán tomados de lo que Medicare hubiese gastado, y el tamaño del fondo incrementará gradualmente con el tiempo, resultando en un cambio de pagos basado en el volumen de pagos basado en el desempeño.

“Medicare se encuentra en una posición única para recompensar a los hospitales por mejorar la calidad del cuidado que proveen”, dijo el Administrador de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) Berwick, M.D. “Bajo esta nueva iniciativa, recompensaremos a los hospitales por administrar cuidados de la salud de alta calidad, tratando a sus pacientes con respeto y compasión, y asegurando

que tengan la oportunidad de participar en decisiones sobre su tratamiento”.

#### Algunas de estas medidas serán evaluadas si los hospitales:

- Aseguran que los pacientes que hayan tenido un ataque cardíaco reciban atención médica dentro de 90 minutos;
- Proveen atención médica dentro de una ventana de 24 horas a los pacientes de cirugía para prevenir coágulos de sangre;
- Comunicar instrucciones de alta para los pacientes de fallo cardíaco; y
- Asegurar que los centros de hospitales están limpios y bien mantenidos.

Las medidas para determinar la calidad en el programa de compra basado en valor del hospital se enfoca en cuán de cerca los hospitales siguen las mejores prácticas clínicas y cuán bien los hospitales mejoran las experiencias de la atención médica de los pacientes. Cuando los hospitales siguen las mejores prácticas probadas, los pacientes reciben cuidados de la salud de más alta calidad y ven mejores resultados. Ayudar a sanar a los pacientes sin complicaciones puede mejorar la salud y últimamente reducir los costos del cuidado de la salud. Por ejemplo, asegurar que los pacientes de fallo cardíaco reciban instrucciones cuando son dados de alta sobre sus medicamentos y otras actividades de seguimiento reducen la probabilidad de que sufran una complicación prevenible que les requerirá ser readmitidos al hospital.

Mientras mejor un hospital se desempeña en sus medidas de calidad, más grande será la recompensa que recibirán de Medicare. Las medidas seleccionadas para el programa de compra basado en valor de hospital en FY 2013 han sido auspiciadas por cuerpos nacionales de expertos, incluyendo el *National Quality Forum*. Los hospitales han estado reportando las medidas de calidad a través del programa de reporte de calidad del paciente hospitalizado desde el 2004 y esa información es publicada en el sitio Web de *Hospital Compare*. Para una lista completa de las medidas de calidad, visite [www.HealthCare.gov/news/factsheets/valuebasedpurchasing04292011b.html](http://www.HealthCare.gov/news/factsheets/valuebasedpurchasing04292011b.html)

En el futuro, CMS planea añadir medidas adicionales que se enfocan en los resultados mejorados del paciente y prevención de las condiciones adquiridas del hospital. Las medidas que han alcanzado puntuación muy alta de conformidad serían probablemente reemplazadas, alzando la barra de calidad.

**Continúa en página 35**

**Administración...(Continuación)**

La iniciativa de compra basado en valor del hospital es solamente una parte de un esfuerzo amplio de la Administración Obama para mejorar la calidad del cuidado de la salud para todos los americanos, utilizando nuevas herramientas importantes provistas por el *Affordable Care Act*. El *Partnership for Patients* junta a los hospitales, doctores, enfermeras, farmacéutico, empleados, uniones, y el gobierno estatal y federal comprometidos en prevenir que los pacientes se lastimen o se enfermen en el sistema del cuidado de la salud y mejoran las transiciones entre los ambientes de la atención médica. CMS invertirá hasta \$1 billón para ayudar a encaminar estos cambios. En adición, las reglas propuestas permiten a Medicare pagar a las *Accountable Care Organizations* (ACO) para mejorar la coordinación del cuidado del paciente, lo cual también se espera en un mejor cuidado y reducir los costos.

Para una hoja informativa sobre el programa de compra basado en valor del hospital, visite [www.HealthCare.gov/news/factsheets/valuebasedpurchasing04292011a.html](http://www.HealthCare.gov/news/factsheets/valuebasedpurchasing04292011a.html). Para aprender más sobre la compra basada en valor del hospital, visite [www.cms.gov/HospitalQualityInits](http://www.cms.gov/HospitalQualityInits).

**La regla final que establece el programa fue exhibida hoy en el *Federal Register*, y se puede encontrar en línea en <http://www.cms.gov/HospitalQualityInits/>.**

La hoja informativa incluye más información técnica sobre la regla final, incluyendo las medidas que CMS ha incluido en el programa, como también la metodología de puntuación de CMS, la cual fue publicada en la página Web en: [http://www.cms.gov/apps/media/fact\\_sheets.asp](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 201104-60

## Rehabilitación

### Póliza de centros de rehabilitación

#### Propuestas de cambios a pagos a los centros de rehabilitación del paciente hospitalizado de crearían un nuevo programa de 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 centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) en el año fiscal (FY) 2012. La regla propone incrementar los índices de pago bajo el sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS) para un proyectado 1.5 por ciento – un estimado de \$120 millones en toda la nación. La actualización proyectada refleja una excedida y revisada bolsa del mercado específico para los IRF, centros psiquiátricos del paciente hospitalizado, y los hospitales del cuidado a largo plazo (el nivel de desempeño razonable (RPL) de la bolsa del mercado) – actualmente estimado en 2.8 por ciento para el FY 2012 menos un 1.3 por ciento puntos de reducción mandado por el *Affordable Care Act*.

La regla propuesta, la cual aplicaría a más de 1,200 IRF participantes de Medicare, incluyendo aproximadamente a 200 IRF independientes y aproximadamente 1,000 unidades de IRF en los hospitales del cuidado crítico y los hospitales de acceso crítico (CAH), buscan establecer un nuevo sistema de reporte de calidad autorizado por el *Affordable Care Act*.

“La regla propuesta extendería los esfuerzos continuos de Medicare para utilizar sus pagos y exhortar una mejor atención médica a los beneficiarios que son tratados en centros de rehabilitación del paciente hospitalizado”, dijo el Administrador de CMS Donald Berwick, M.D. “Las medidas que los IRF reportarían bajo la regla propuesta pavimentarían el camino para que Medicare trabaje con los IRF para mejorar la seguridad del paciente, prevenir a los pacientes el contraer nuevas enfermedades durante una hospitalización, y provee un cuidado bien coordinado centrado en personas y familias”.

El sistema de reporte de calidad propuesto está alineado con las metas del *Partnership for Patients*, una nueva asociación pública-privada que ayudaría a mejorar la calidad, seguridad, y asequibilidad económica del cuidado de la salud para todos los americanos. Inicialmente, los IRF presentarían datos en dos medidas de calidad, “infección del tracto urinario asociada a catéter” y úlceras de presión que son nuevas o han empeorado”. Estas medidas propuestas representan dos de las nueve condiciones que el *Partnership* ha identificado como lugares importantes para comenzar los esfuerzos para reducir daños a los pacientes. Una tercera medida que está actualmente bajo desarrollo también es discutida como una medida potencial para los ciclos de reglamentación futura. Trataría readmisiones dentro de 30 días a otra estancia de hospitalización, ya sea en un hospital del cuidado agudo, centro de rehabilitación, u otro ambiente.

**Continúa en página 36**

## Pago...(Continuación)

Los IRF que no presenten los datos de calidad verían sus pagos reducidos a dos puntos porcentuales en FY 2014. CMS anticipa añadir medidas para reportar en el futuro a través de reglamentación. CMS también planea establecer un proceso para hacer los datos de medidas disponibles al público. Igual que con otros datos publicados en el sitio Web de CMS, los IRF que elijan reportar los datos de calidad tendrían una oportunidad de revisar los datos para precisión antes de que sean públicos.

## Otras provisiones en la regla propuesta incluyen propuestas para:

- Actualizar los pesos relativos del grupo de caso mixto (CMG) utilizando las reclamaciones del FY 2010 IRF y los datos de reporte de costo FY 2009 IRF, y establecer el margen de costo "outlier" alto a \$11,822 para FY 2012, comparado con \$11,410 para FY 2011. El margen propuesto está proyectado a mantener unos pagos "outlier" al tres por ciento del total de pagos bajo el IRF PPS en FY 2012.
- Continuar utilizando los datos de salario de hospital pre-reclasificado y datos de salario de hospital para determinar los índices propuestos FY 2012. Para esta regla propuesta, CMS utilizó el FY 2011 final de sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) pre-reclasificado y datos de salario. CMS también está proponiendo actualizar el paciente de bajos ingresos rural (LIP), y los factores de ajuste de estatus de enseñanza utilizando los datos de los tres años más recientes (FY 2008 hasta el 2010).
- Permitir a los IRF recibir ajustes provisionales a los límites residentes e internos equivalente a tiempo completo (FTE), si toman internos y residentes que no son capaces de completar sus adiestramientos debido a que el IRF que había estado adiestrándoles cerró o terminó su programa de adiestramiento residente.

"Los IRF necesitan estar a la vanguardia del movimiento de calidad debido a que juegan un papel crítico en el cuidado del paciente", dijo Dr. Berwick. "Son llamados para cumplir las necesidades de algunos de nuestros pacientes más vulnerables, y son responsables de asegurarse de que cada uno de ellos cumpla sus metas de rehabilitación y lograr un progreso real hacia una independencia funcional mejorada".

**CMS aceptará los comentarios sobre la regla propuesta hasta el 21 de junio de 2011, y contestará todos los comentarios en una regla final a ser emitida para el 1 de agosto de 2011.**

La regla propuesta vino a ser exhibida el viernes, 22 de abril en el *Public Inspection Desk* del *Federal Register* y estará disponible bajo "Special Filings", en: <http://www.ofr.gov/inspection.aspx>.

Para más información, vea: <http://www.cms.gov/InpatientRehabFacPPS/>.

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

Fuente: CMS PERL 201104-44

## PC Pricer: Actualizaciones de PPS de establecimientos de rehabilitación

Los sistemas de pagos prospectivos (PPS) PC Pricer de establecimientos de rehabilitación (IRF), de los años fiscales (FY) 2010 y 2011, han sido actualizado con los más recientes datos del proveedor. Los PC Pricer están listos para ser descargados de la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en [http://www.cms.gov/PCPricer/06\\_IRF.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp). Si usted utiliza IRF PPS PC Pricer, vaya a la página mencionada y descargue la última versión de Pricer FY 2010 y FY 2011, puesta en la sección *Download* el 29 de abril 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 201104-58

## Centros de Enfermería Especializada

### Opciones para índices de pago SNF 2012

#### Recalibración del ajuste de caso mixto bajo revisión

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla propuesta que elabora sobre las opciones que la agencia está considerando para propósitos de establecer los índices de pago de Medicare de 2012 para los centros de enfermería especializada (SNF).

Una opción considerada refija la metodología actualizada de índice estándar la cual proveería un incremento de \$530 millones, o 1.5 puntos porcentuales. El incremento es derivado al aplicar el 2.7 por ciento del índice de la bolsa del mercado de 2012 reducido por 1.2 puntos porcentuales para lograr grandes eficiencias en la operación de centros de enfermería. Esta provisión fue ordenada por el *Affordable Care Act*.

La otra opción que CMS está considerando es el ajuste para un incremento inesperado en los pagos de centros de enfermería durante el año fiscal (FY) 2011. Bajo esta opción, CMS restauraría los pagos en general a sus niveles destinados en una base prospectiva lo cual requeriría la reducción de los pagos FY 2012 a los SNF de Medicare a \$3.94 billones, o 11.3 por ciento más bajo que los pagos para el FY 2011.

La regla propuesta fue mostrada el 28 de abril en el Public Inspection Desk del Federal Register y estará disponible bajo "Special Filings", en [http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-10555\\_Pi.pdf](http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-10555_Pi.pdf) o <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx>.

Los comentarios públicos sobre la propuesta serán aceptados hasta el 27 de junio.

Para más información, vea el comunicado de prensa de CMS emitido (abril 28) en [http://www.cms.gov/apps/media/press\\_releases.asp](http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp).

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

Fuente: CMS PERL 201104-52

### PC Pricer: SNF FY 2010 y 2011

Han sido actualizado, con datos más recientes del proveedor, los PC Pricer de (FY) 2010 y (FY) 2011 de centros de enfermería especializada (SNF), en [http://www.cms.gov/PCPricer/04\\_SNF.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp), bajo "Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC Pricer". Si usted utiliza FY 2011 o FY 2010 SNF PC Pricer, descargue el *SNF PC Pricers* puesto el 6 de mayo de 2011, que contiene los datos más recientes del proveedor.

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

Fuente: CMS PERL 201105-16

#### 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.

## Información General

### Cambios manuales de terapia en el hogar

**Nota:** El artículo MM7374 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en abril de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 34).

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.

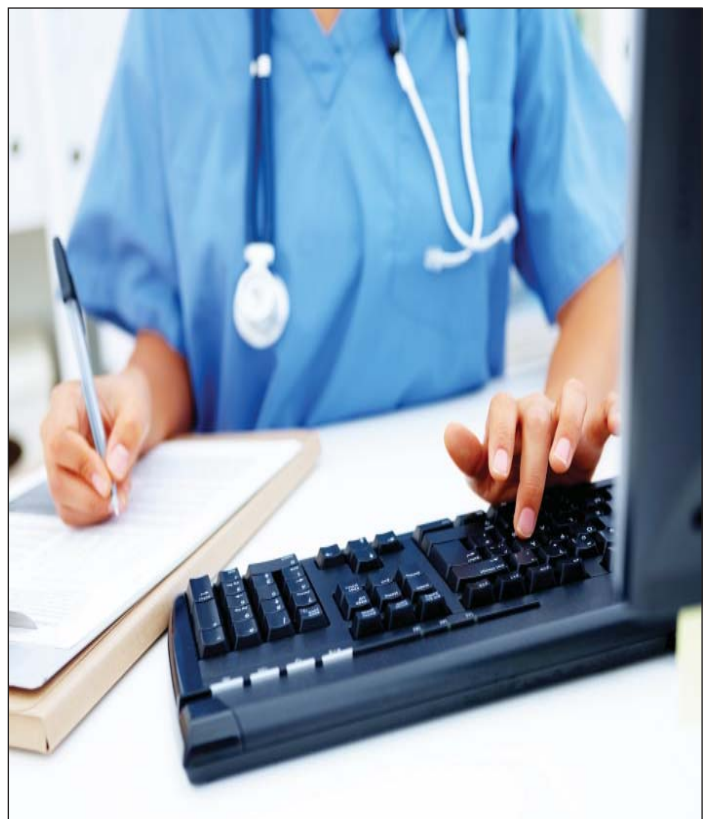
#### Información adicional

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



---

---

## Cambios del manual a certificación médica y recertificación de servicios Encuentros cara a cara de salud en el hogar y servicios paliativos

Número de petición de cambio relacionado: 7377

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R68CP

Fecha de implementación: 12 de mayo de 2011

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7377 incluye clarificaciones al Capítulo 4, Physician Certification and Recertification of Services, del Pub. 100-01, Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual. Debido a las nuevas provisiones ordenadas por el pasaje del Affordable Care Act, hay nuevos requisitos estatutarios sobre los encuentros cara a cara para las certificaciones aplicables a los programas de salud en el hogar y servicios paliativos.

Efectivo el 1 de enero de 2011, como requisito para pago de los servicios de salud en el hogar, el médico que certifica debe documentar que él/ella o un profesional de la salud practicante (NPP), ha tenido un encuentro cara a cara con el paciente.

Para las recertificaciones de los centros de servicios paliativos a partir del 1 de enero de 2011, el médico de un centro de servicios paliativos o enfermera practicante deben haber tenido un encuentro cara a cara con cada paciente del centro antes de comenzar el tercer periodo de beneficio del paciente, antes de cada periodo de beneficio subsiguiente.

### Información adicional

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7377, 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/R9999CP.pdf>.

Para más información, vea SE1038.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 68, CR 7377

**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.

---

---

## Encuentro cara a cara de salud en el hogar

### Requisito de certificación

Número de *MLN Matters*: SE1038

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Como condición de pago, el Affordable Care Act ordena que antes de certificar la elegibilidad del paciente para el beneficio de salud en el hogar, el médico que certifica debe documentar que él/ella, o un profesional de la salud practicante (NPP), ha tenido un encuentro cara a cara con el paciente. La documentación sobre estos encuentros debe estar presente en las certificaciones para los pacientes con comienzos de cuidado a partir del 1 de enero de 2011. Refiérase al artículo completo para mayor información.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1038.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1038

Para información adicional, vea petición de cambio (CR) 7377.

**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.

## Servicios preventivos institucionales

### Correcciones a las reclamaciones reprocesadas – información adicional

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido dos artículos *Provider Education Resource Listserv* (PERL) pertenecientes a las reclamaciones facturadas por proveedores institucionales para ciertos códigos de servicios preventivos. Estos artículos estuvieron disponibles en [PERL 201104-17](#) y [PERL 201105-29](#).

Debido al volumen sin precedente de reclamaciones reprocesando este año y las limitaciones que esto ha colocado en los sistemas de Medicare, el reprocesamiento de las reclamaciones para los servicios preventivos institucionales especificados en el [PERL 201104-17](#) serán completados por First Coast Service Options (FCSO) el 31 de agosto de 2011, no el 31 de mayo como originalmente se programó.

Para más información, refiérase a [PERL 201105-29](#) a continuación.

## Códigos de servicios preventivos

### Correcciones realizadas a reclamaciones para ciertos servicios institucionales

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema en el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare que está causando que ciertos servicios preventivos prestados en un ambiente institucional sean procesados incorrectamente. La siguiente información provee la acción que será tomada por los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare:

#### Hospitales del cuidado ambulatorio

- Las reclamaciones del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) que contiene los códigos de procedimiento quirúrgico 10000-69999 con el modificador PT presentado en el tipo de factura (TOB) 13x con las fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero de 2011, están siendo suspendida debido a un deducible que está siendo aplicado incorrectamente. Los contratistas de Medicare han sido instruidos a retener las reclamaciones impactadas por este problema. Una corrección del software está programada para julio de 2011.
- Las reclamaciones OPPS de hospital con las fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero de 2011, que contienen la administración de la vacuna de hepatitis B del *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) código G0010 están recibiendo incorrectamente deducible y coseguro. Los contratistas de Medicare han sido instruidos a retener las reclamaciones impactadas por este problema. Una corrección del software está programada para julio de 2011.
- Las reclamaciones del cuidado ambulatorio de hospital (13x TOB) con las fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero de 2011, que contienen los códigos HCPCS 90740, 90743, 90744, 90746, y 90747 no están siendo pagadas. Los contratistas de Medicare han sido instruidos a retener las reclamaciones impactadas por este problema hasta que sea implementada una corrección. Una corrección del software está programada para junio de 2011.

#### Centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC)

- Las reclamaciones FQHC (77x TOB) con fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero de 2011, que contienen los códigos HCPCS G0402, G0389, G0436, G0437, Q0091, G0101, G0130, 77078, 77079, 77080, 77081, 77083, y 76977 están siendo procesadas y pagadas incorrectamente debido a que el coseguro está siendo aplicado incorrectamente. Los contratistas de Medicare han sido instruidos a retener las reclamaciones impactadas por este problema hasta que se implemente una corrección. Una corrección del software está programada para junio de 2011.

#### Hospitales de acceso crítico (CAH)

- Las reclamaciones CAH (85x TOB) con fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero, que contienen los códigos HCPCS Q0091, G0101, 77052, 77057 y G0202 están siendo procesadas y pagadas incorrectamente debido a que el coseguro está siendo aplicado incorrectamente. Los contratistas de Medicare han sido instruidos a retener las reclamaciones impactadas por este problema hasta que se implemente una corrección. Una corrección del software está programada para junio de 2011.

#### Centros de diálisis (RDF)

- Las reclamaciones de los RDF basados en hospital (72x TOB) con fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero de 2011, que contienen los códigos HCPCS 90743 y 90744 no están aplicando el pago en la línea de código de la vacuna contra la hepatitis B. Además, las reclamaciones de los RDF independientes con las fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero de 2011, que contienen el código HCPCS 90744, no están aplicando el pago en la línea del código de la vacuna contra la hepatitis B. Los contratistas de Medicare han sido instruidos a retener las reclamaciones impactadas por este problema

**Continúa en página 41**



## Correcciones...(Continuación)

hasta que se implemente una corrección. Una corrección del software está programada para junio de 2011.

Mientras se realizan las correcciones al software, los contratistas de Medicare emitirán cualquier reclamación suspendida y automáticamente reprocesarán las reclamaciones para los servicios preventivos que no han sido pagadas o aplicadas erróneamente deducible o coseguro. El reprocesamiento de las reclamaciones que han sido pagadas incorrectamente para este asunto será completado para el miércoles, 31 de agosto de 2011. Los proveedores que están facturando para otros servicios pagables en la misma reclamación como servicios que han sido suspendidos y no desean que su reclamación completa sea suspendida, pueden solicitar al contratista que devuelva la reclamación,

remueva el cobro del servicio preventivo que está siendo suspendido hasta que las correcciones del software sean implementadas y luego volver a facturar un ajuste de reclamación añadiendo el servicio preventivo que fue removido inicialmente (i.e., un proveedor de diálisis puede remover el servicio de hepatitis B HCPCS para tener todos los otros servicios de diálisis pagables procesados; luego, después de la implementación del software el lunes, 6 de junio, pueden ajustar la reclamación de diálisis para añadir el servicio HCPCS de hepatitis B que fue originalmente removido para tener todos los servicios procesados).

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

Fuente: CMS PERL 201105-29

---

## Nuevos códigos K para bombas de succión

Número de *MLN Matters*: MM7411

Número de petición de cambio relacionado: 7411

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2206CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

### Resumen

A partir del 1 de Julio de 2011, Medicare autorizará cuatro nuevos códigos K para facturar bombas de succión y vendas quirúrgicas acompañantes. Los códigos y sus descripciones son los siguientes:

- *K0743* – bomba de succión, modelo familiar, portátil, para uso en heridas;
- *K0744* – vendaje absorbente para heridas para utilizar con la bomba de succión, modelo familiar, portátil, tamaño 16 pulgadas cuadradas o menos;
- *K0745* -- vendaje absorbente para heridas para utilizar con la bomba de succión, modelo familiar, portátil, más de 16 pulgadas cuadradas pero menos o igual a 48 pulgadas cuadradas; y
- *K0746* -- vendaje absorbente para heridas para utilizar con la bomba de succión, modelo familiar, portátil, mayor que 48 pulgadas cuadradas.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7411.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7411, 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/R2206CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2206, CR 7411

**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.

## Nueva publicación de PEPPER disponible

Una nueva publicación de *Program for Evaluating Payment Patterns Electronic Report* (PEPPER), la cual contiene estadísticas a través del primer cuarto del año fiscal 2011, está disponible para revisión por los hospitales del cuidado agudo a corto plazo (abierto desde el 31 de diciembre de 2010). Los archivos PEPPER fueron distribuidos a finales de mayo de 2011 a través de un intercambio seguro de archivo de *My QualityNet* a los Administradores de *QualityNet* y cuentas de usuario con el rol de recipiente PEPPER.

### Sobre PEPPER

PEPPER provee estadísticas de datos específicos de hospital para los grupos de diagnósticos relacionados de severidad de Medicare y las dadas de alta en alto riesgo para los pagos impropios. Es distribuido por *TMF® Health Quality Institute* bajo contrato con los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Visite [PEPPERresources.org](http://PEPPERresources.org) para acceder los recursos para utilizar PEPPER, incluyendo *user's guides*, información sobre las cuentas *QualityNet*, *frequently-asked questions*, y los ejemplos de cómo otros hospitales están utilizando PEPPER.

¿Tiene preguntas o comentarios sobre PEPPER o necesita ayuda obteniendo su reporte? Visite [PEPPER Help Desk](#), o haga sus comentarios a través del formulario [PEPPER feedback](#).

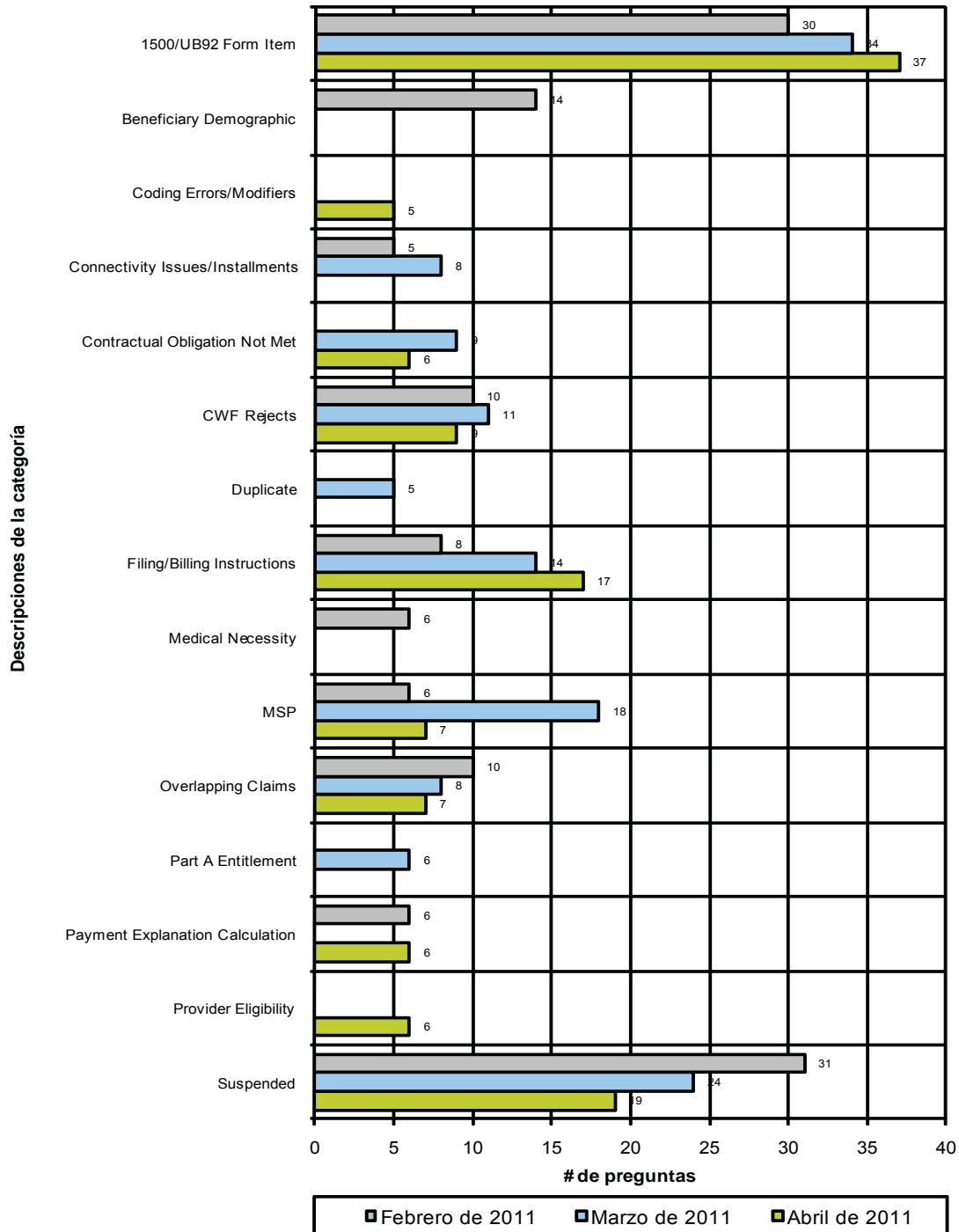
### Encuentre sus favoritos rápidamente – use Hallazgo Rápido

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar su sección favorita en nuestro sitio de Internet? Es fácil – solamente tiene que utilizar su herramienta de navegación Hallazgo Rápido. Este menú desplegable ubicado al lado izquierdo de cada página, le permite acceder de un salto a las páginas más populares del sitio, con solamente un clic. Encontrará enlaces a los portales de Parte A y Parte B, así como enlaces rápidos a la herramienta para examinar procedimientos, diagnosis, determinaciones locales de cobertura (LCD), catálogos de tarifas, publicaciones y mucho más. Encuentre rápidamente lo que necesita: use Hallazgo Rápido.

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

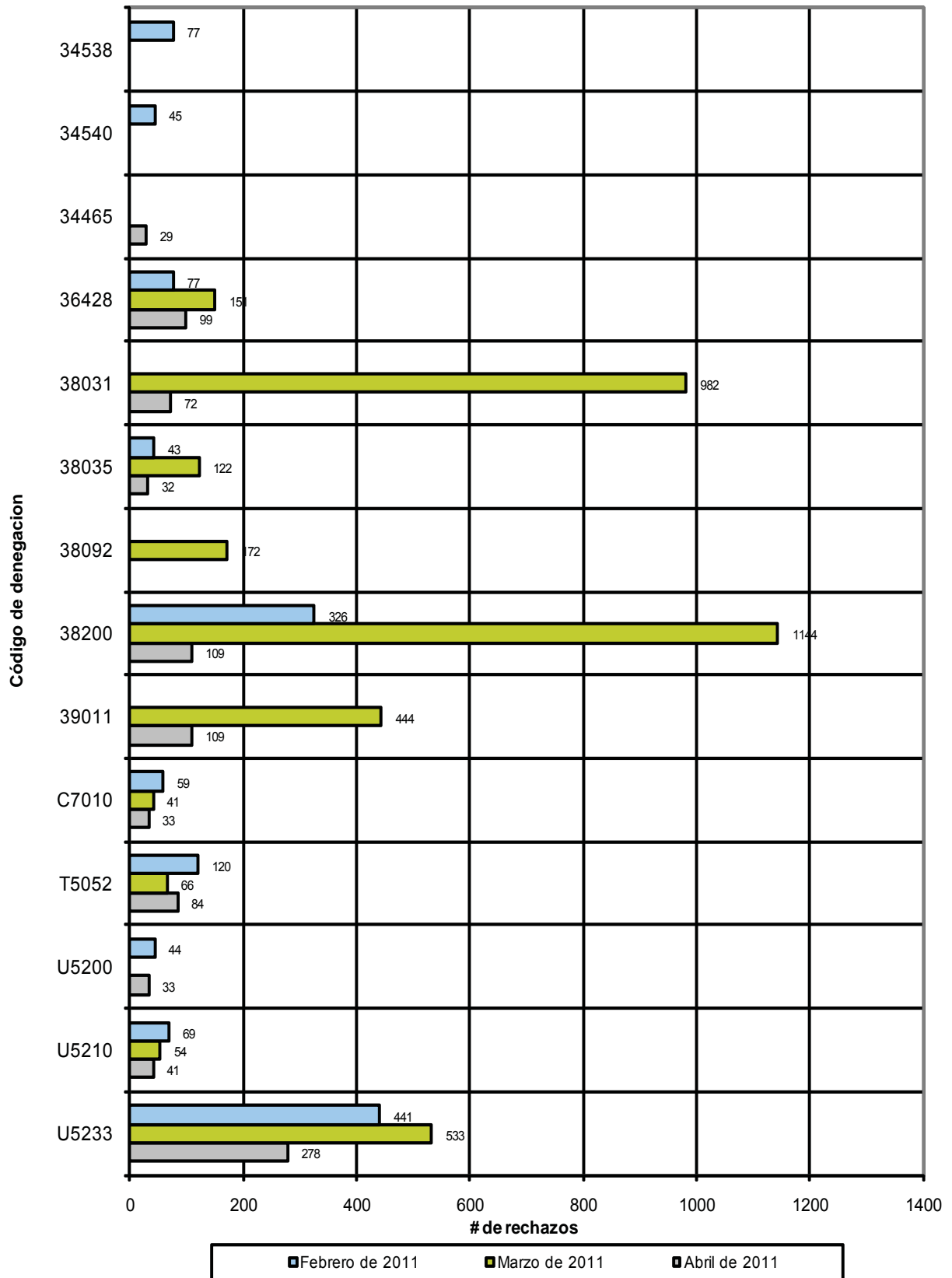
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de febrero - abril de 2011. Para consejos y recursos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



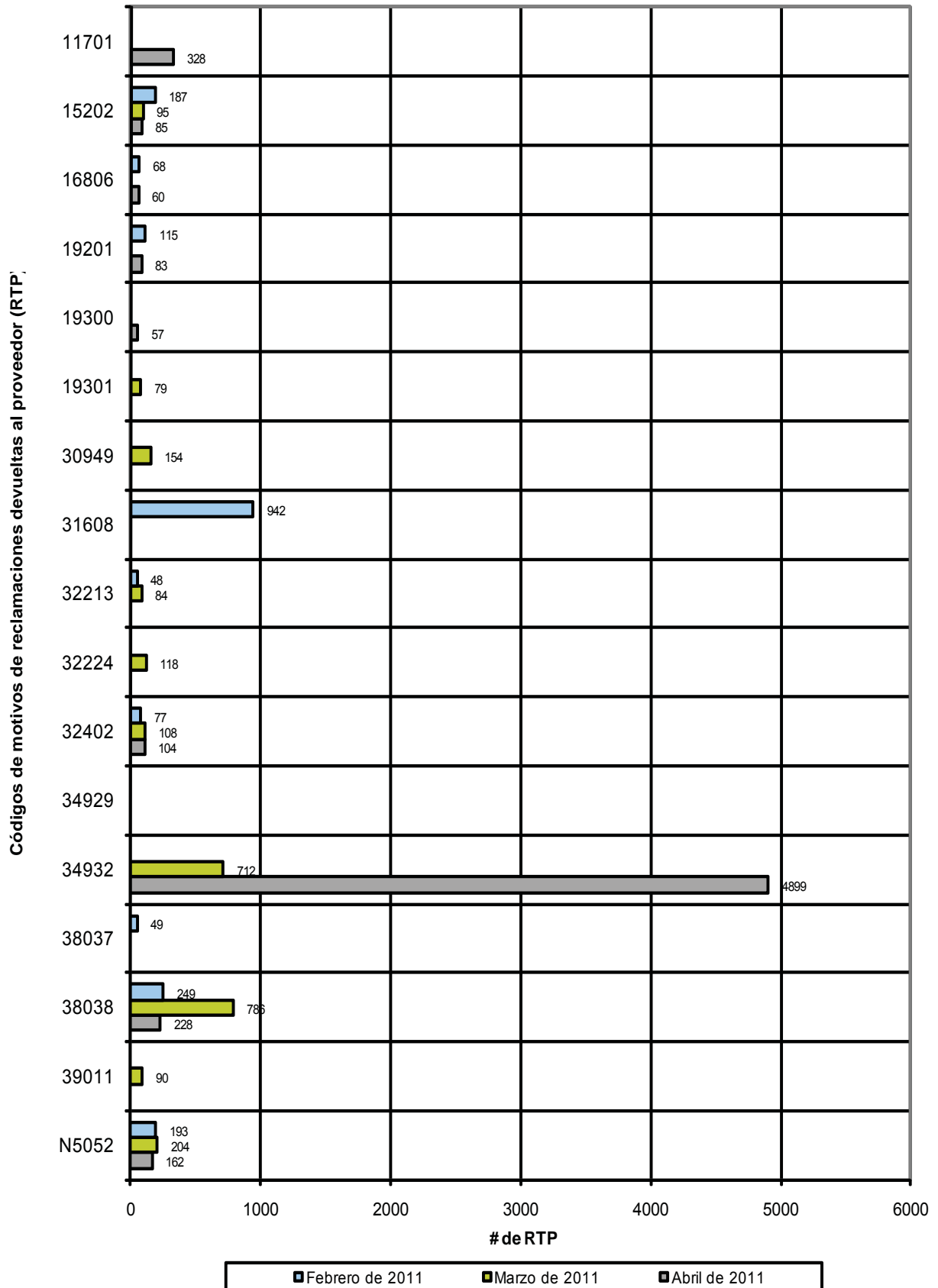
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en febrero-abril de 2011



## Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones específicas para cada 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

### Revisiones a las LCD Existentes

ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins .....	47
Computed tomography (CT) scans .....	47
Magnetic resonance imaging (MRI).....	48
Notificación de revisión previa al pago para pacientes hospitalizados de la Parte A de Florida MS-DRG 470.....	48

### LCD preliminares

90935-90937: Hemodialysis for treatment of schizophrenia ....	49
A37205: Non-coronary vascular stents – aclaración del artículo de la LCD preliminar .....	49

### Listas de medicamentos

Self-administered drug (SAD) list – Parte A: C9399.....	50
Self-administered drug (SAD) list – Parte A: J1559.....	50

### 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.

A partir del 1 de julio de 2011, los ítems presentados con el **modificador GZ**, serán rechazados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

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

**Revisiones a las LCD Existentes****ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión de la LCD****Número de LCD: L28788 (Florida)****Número de LCD: L28790 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los EE. UU.)**

La determinación local de cobertura (LCD) para las toxinas botulínicas fue revisada más recientemente el 10 de marzo de 2011. A partir de ese momento, la LCD ha sido revisada de acuerdo con la transmisión 2147, petición de cambio 7299, de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), con fecha 4 de febrero de 2011, y la transmisión 2174, petición de cambio 7342, de los CMS, con fecha 18 de marzo de 2011. En este aspecto, la sección “CPT/HCPCS Codes” (Códigos de CPT/HCPCS) de la LCD ha sido revisada para eliminar el código C9278 del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (*Healthcare Common Procedure Coding System*, HCPCS) y agregar el código Q2040 del HCPCS (Inyección, *incobotulinumtoxinA*, 1 unidad). La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” (Códigos ICD-9 que respaldan la necesidad médica) de la LCD también ha sido revisada para agregar el código Q2040 del HCPCS (Inyección, *incobotulinumtoxinA*, 1 unidad).

El anexo “Coding Guidelines” (Pautas de codificación) de la LCD también ha sido revisado para actualizar la información de codificación y de facturación para *incobotulinumtoxinA* (Xeomin®).

**Fecha de vigencia**

Esta revisión de las LCD es aplicable para las reclamaciones procesadas el 4 de abril de 2011 o con posterioridad, para los servicios proporcionados el 1 de abril de 2011 o con posterioridad. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las Pautas de Codificación para una LCD (cuando la hubiera) pueden buscarse seleccionando “LCD Attachments” (Anexos a las LCD) en el menú desplegable “Jump to Section...” (Ir a sección...) en la parte superior de la página de LCD.

[Florida Parte A – Lista activa de las LCD organizadas por su título](#)

[Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A – Lista activa de las LCD](#)

**Computed tomography (CT) scans – revisiones de las LCD****Número de LCD: L28806, L28807, L28808, L28770 (Florida)****Número de LCD: L28813, L28814, L28815, L28771 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)**

First Coast Service Options Inc., contratista administrativo de Medicare para la Jurisdicción 9 (*Medicare administrative contractor for jurisdiction 9*, MAC J9), ha revisado las determinaciones locales de cobertura (LCD) para tomografías computarizadas (*computed tomography*, CT) y ha determinado que el texto ubicado en la sección “Documentation Requirements” (Requisitos de documentación) de la LCD debe revisarse para que sea uniforme en todas las LCD para CT y para asegurar que concuerde con la bibliografía que respalda estos requisitos. En algunas ocasiones, también se actualizaron las referencias. Estas revisiones sirven para ampliar el texto existente que se encuentra en la LCD. Se han revisado las siguientes LCD: A70450 tomografías computarizadas de la cabeza o del cerebro, A71250 tomografía computarizada del tórax, A72192 tomografía computarizada del abdomen y la pelvis, y A74261 colonografía por tomografía computarizada.

**Fecha de vigencia**

Estas revisiones de las LCD son aplicables para los servicios proporcionados el 5 de abril de 2011 o con posterioridad. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando la hubiera) pueden buscarse seleccionando “LCD Attachments” (Anexos a las LCD) en el menú desplegable “Jump to Section...” (Ir a sección...) en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de entrada en vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” (Mostrar documentos vigentes futuros) en la parte superior de la lista de la página de LCD.

[Florida Parte A – Lista activa de las LCD organizadas por su título](#)

[Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A – Lista activa de las LCD](#)

## Magnetic resonance imaging (MRI) – revisiones de las LCD

**Número de LCD: L28904, L28905, L28906, L28907 (Florida)**

**Número de LCD: L28926, L28927, L28928, L28929 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE. UU)**

### Revisión n.º 1

First Coast Service Options Inc., contratista administrativo de Medicare para la Jurisdicción 9 (*Medicare administrative contractor for jurisdiction 9*, MAC J9), ha revisado las determinaciones locales de cobertura (LCD) para resonancia magnética (*magnetic resonance imaging*, MRI) y ha determinado que el texto ubicado en la sección “*Documentation Requirements*” (Requisitos de documentación) de la LCD debe revisarse para que sea uniforme en todas las LCD para MRI y para asegurar que concuerde con la bibliografía que respalda estos requisitos. En algunas ocasiones, también se actualizaron las referencias. Estas revisiones sirven para ampliar el texto existente que se encuentra en la LCD. Se han revisado las siguientes LCD: A70540 resonancia magnética de la órbita, el rostro y/o el cuello, A70551 resonancia magnética del cerebro, A72141 resonancia magnética de la columna vertebral y A73218 resonancia magnética de extremidad superior.

### Fecha de vigencia

Estas revisiones de las LCD son aplicables para los servicios proporcionados el 5 de abril de 2011 o con posterioridad. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

### Revisión n.º 2

Además de las revisiones indicadas anteriormente, el MAC J9 ha revisado las LCD para MRI en función de las instrucciones emitidas en la petición de cambio

[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](#)

7296, con fecha 4 de marzo de 2011. Se ha agregado y/o eliminado texto de la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*” (Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica) de las LCD en función del texto revisado emitido en la petición de cambio 7296 para la determinación nacional de cobertura (*national coverage determination*, NCD) para resonancia magnética, Sección 220.2. Se han revisado las siguientes LCD: A70540 resonancia magnética de la órbita, el rostro y/o el cuello, A70551 resonancia magnética del cerebro, A72141 resonancia magnética de la columna vertebral y A73218 resonancia magnética de extremidad superior.

### Fecha de vigencia

Estas revisiones de las LCD son aplicables para las reclamaciones procesadas el 4 de abril de 2011 o con posterioridad, para los servicios proporcionados el 24 de febrero de 2011 o con posterioridad. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las Pautas de Codificación para una LCD (cuando la hubiera) pueden buscarse seleccionando “*LCD Attachments*” (Anexos a las LCD) en el menú desplegable “*Jump to Section...*” (Ir a sección...) en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de entrada en vigencia futura, seleccione el enlace “*Display Future Effective Documents*” (Mostrar documentos vigentes futuros) en la parte superior de la lista de la página de LCD.

## Notificación de revisión previa al pago para pacientes hospitalizados de la Parte A de Florida MS–DRG 470

### (reemplazo de articulación mayor o reimplantación de extremidad inferior)

La tasa de error de noviembre de 2010 en el Grupo de Diagnósticos Relacionados (*diagnosis related group*, DRG) de pacientes hospitalizados del contratista administrativo de Medicare (*Medicare administrative contractor*, MAC) para la Jurisdicción 9 (J9) de la Parte A fue del 18.17%. Esta tasa de error fue considerablemente más alta que la tasa de error nacional en el DRG de pacientes hospitalizados. En función de los resultados de la revisión de las pruebas integrales de tasas de error (*comprehensive error rate testing*, CERT), se ha identificado al MS-DRG 470 (reemplazo de articulación mayor o reimplantación de extremidad inferior) como de alto riesgo para un error en el pago. Con una tasa de error en el pago del 23.90%, el MS-DRG 470 tuvo la cantidad más alta de dólares pagados en forma incorrecta en la J9. La mayoría de los errores son asignados debido a que la documentación presentada no respalda la necesidad médica para el reemplazo total de rodilla. La edición de la revisión médica previa al pago para el DRG 470 facturada con el código de procedimientos 8154 de la Clasificación internacional de enfermedades, 9.a revisión, modificación clínica (*International classification of diseases, 9th rev, clinical modification, ICD-9-CM*) (reemplazo total de rodilla) se iniciará al 10% para reclamaciones procesadas el 1 de junio de 2011 o con posterioridad. En el futuro cercano, First Coast Service Options Inc. planea divulgar una determinación local de cobertura (LCD) preliminar que aborda el reemplazo de articulación mayor.



## LCD Preliminares

### 90935–90937: Hemodialysis for treatment of schizophrenia – LCD preliminar

La determinación nacional de cobertura (national coverage determination, NCD) para hemodiálisis para el tratamiento de la esquizofrenia (Medicare National Coverage Determinations Manual, Pub. 100-03, Capítulo 1, Sección 130.8) indica que la evidencia científica que respalda el uso de la hemodiálisis como medio seguro y efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia no es concluyente en este momento. Por consiguiente, Medicare no cubre la hemodiálisis para el tratamiento de la esquizofrenia. First Coast Service Options Inc. ha identificado que los siguientes diagnósticos representan la esquizofrenia en función de esta NCD.

#### Fecha de vigencia

Este artículo sirve como notificación de 45 días de que la hemodiálisis para el tratamiento de la esquizofrenia no se considera segura ni efectiva cuando se factura con los diagnósticos 295.00-295.95 aplicable para servicios proporcionados el 1 de junio de 2011 o con posterioridad.

*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*

### A37205: Non-coronary vascular stents – aclaración del artículo de la LCD preliminar

#### Número de LCD: DL31820 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los EE. UU.)

Se han recibido muchos comentarios con respecto a la determinación local de cobertura (LCD) preliminar para *stents* vasculares no coronarios por parte de médicos en ejercicio, sociedades de especialidades y otras partes interesadas dentro y fuera de la Jurisdicción 9 (J9) del contratista administrativo de Medicare (Medicare administrative contractor, MAC) Parte A/B.

El MAC J9 ha optado por no concluir este borrador en este momento. Las opciones incluyen someter un nuevo borrador en el próximo ciclo de LCD (verano). Dicho borrador puede enfocarse en áreas más limitadas (como la extremidad inferior, etc.), pero eso no se ha decidido.

Existen muchos motivos para no concluir la LCD preliminar actual en este momento, entre ellos:

1. Nueva codificación para la extremidad inferior (revascularización endovascular) e impacto incierto sobre la utilización.
2. Inquietudes con la aplicación del diagnóstico a los códigos de procedimientos indicados en la LCD. Algunas indicaciones tenían respaldo de la evidencia en la bibliografía revisada por colegas; algunas indicaciones con respaldo de evidencia podrían, posiblemente, ser excluidas, dadas las limitaciones de los descriptores del código de procedimiento y de los códigos de diagnóstico de la Clasificación internacional de enfermedades, 9.a revisión, modificación clínica (*International classification of diseases, 9th rev, clinical modification, ICD-9-CM*) abordados en el borrador; y algunas indicaciones sin respaldo de evidencia

podrían ser tenidas como cubiertas en función de una aplicación amplia junto con el texto de la LCD preliminar.

3. Las implicaciones de la declaración sobre indicaciones aprobadas por la Administración para el Control de Medicinas y Alimentos (*Food and Drug Administration, FDA*) para un dispositivo (*stents* en este caso). El departamento de Política Médica ha investigado el texto para abordar los estándares de atención, pero no deseaba que se usara la LCD para justificar procedimientos en investigación/experimentales o el exceso de utilización de determinados procedimientos. Sin una relación directa, existía la inquietud respecto de que una declaración amplia sería interpretada como una declaración de cobertura positiva para otros dispositivos que se usan de manera extraoficial con poca evidencia. Por ejemplo, el cambio de los códigos de aterectomía periférica para arterias suprainguinales del Nivel 1, Categoría I a Categoría III, sugiere que hay tecnologías de dispositivos nuevas y emergentes, y estos dispositivos pueden tener indicaciones más limitadas. Claramente, hay circunstancias en las que estos dispositivos deberían no estar cubiertos o estar limitados a su autorización de la FDA cuando la documentación pueda respaldar la indicación razonable y necesaria (R&N) para un paciente en particular.

**Continúa en página 50**

## A37205...(continuación)

Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.asp>.  
 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

## Listas de medicamentos

### Self-administered drug (SAD) list – Parte A: C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago por parte de Medicare de medicamentos y productos biológicos incidentales al servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable, por lo general, es autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas de evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos, incidentales al servicio de un médico se encuentran en *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

#### Fecha de vigencia

Para servicios proporcionados el 4 de junio de 2011 o con posterioridad, el siguiente medicamento ha sido incorporado a la lista de medicamentos autoadministrados (self-administered drug, SAD) de la Parte A del contratista administrativo de Medicare (Medicare administrative contractor, MAC) para la Jurisdicción 9 (Jurisdiction 9, J9).

- C9399 *tesamorelina (Egrifta™)*

La evaluación de medicamentos para su incorporación a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables del monitoreo de la lista de SAD para verificar si se han incorporado o eliminado medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles en:

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/search-results.aspx?SearchType=Advanced&CoverageSelection=Local&ArticleType=SAD&s=---&Cntrctr=195&DateTag=C&kq=true&bc=IAAAAAAAAAAAAA&>

### Self-administered drug (SAD) list – Parte A: J1559

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago por parte de Medicare de medicamentos y productos biológicos incidentales al servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable, por lo general, es autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas de evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables, autoadministrados excluidos, incidentales al servicio de un médico se encuentran en *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Para servicios proporcionados el 18 de junio de 2011 o con posterioridad, el siguiente medicamento ha sido incorporado a la lista de medicamentos autoadministrados (self-administered drug, SAD) de la Parte A del contratista administrativo de Medicare (Medicare administrative contractor, MAC) para la Jurisdicción 9 (J9).

- J1559 Inyección, *inmunoglobulina, (hizentra)*, 100 mg

La evaluación de medicamentos para su incorporación a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables del monitoreo de la lista de SAD para verificar si se han incorporado o eliminado medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los CMS en:

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/search-results.aspx?SearchType=Advanced&CoverageSelection=Local&ArticleType=SAD&s=---&Cntrctr=195&DateTag=C&kq=true&bc=IAAAAAAAAAAAAA&>

## 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Publications/">http://medicare.fcso.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2010 a septiembre de 2011.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [ ] Español [ ]				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			<b>Total</b>	\$

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](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

## Cobertura y Reembolso

### Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7349  
Número de petición de cambio relacionado: 7349  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de abril de 2011  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: R2196CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7349 anuncia dos nuevas pruebas con dispensa añadidas del *Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1998* aprobadas por la *Food and Drug Administration*. Puesto que estas pruebas son mercadeadas inmediatamente después de aprobación, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están notificando a los contratistas de las nuevas pruebas para que las reclamaciones puedan ser procesadas con precisión.

El 8 de febrero de 2011, la FDA informó a CMS que el analizador de orina *Teco Diagnostics Uritek TC-101* ya no está categorizado como una prueba con dispensa bajo CLIA. Esta prueba ha sido removida de la lista anexada al CR 7349.

El 9 de febrero de 2011, CMS determinó que el código para asignar a *OraSure Technologies OraQuick ADVANCE® Rapid HIV-1/2 Antibody Test es G0433* efectivo el 1 de enero de 2011. En adición, el código asignado a *Clearview Complete HIV 1/2 test* debe

ser *G0433*. Por lo tanto, el código asignado a ambas pruebas fue cambiado de *86703QW* a *G0433QW* en la lista anexada al CR 7349.

A continuación se encuentran las últimas pruebas aprobadas por la FDA como pruebas dispensadas bajo CLIA. Los códigos del *Current Procedural Terminology (CPT)* para las siguientes nuevas pruebas deben tener el modificador QW para ser reconocidas como pruebas dispensadas:

- *82274QW, G0328QW (Polymedco Poly Stat OC-light FOB test)*
- *87804QW (BTNX, Inc. Rapid Response Influenza A Test Cassette)*
- *87804QW (BTNX, Inc. Rapid Response Influenza B Test Cassette)*

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7349.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7349, 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/R2196CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2196, CR 7349

**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.

### Adjudicación de pruebas de laboratorio por correcciones de CLIA

Número de *MLN Matters*: MM7325  
Número de petición de cambio relacionado: 7325  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de abril de 2011  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: R882OTN  
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

#### Resumen

Reclamaciones de pruebas de laboratorio específicas (y/o sus componentes) de pruebas de laboratorio específicas que figuran en la lista de códigos de series 8000 de *Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)*, están siendo denegadas por carecer de certificación CLIA.

La orden de cambio 7325 reitera la política de que no se requiere certificado de CLIA para pruebas excluidas de la lista de correcciones CLIA. Los contratistas deben asegurarse de que los códigos de esta lista no están sujetos a correcciones CLIA. Usted puede solicitar a su contratista el reprocesamiento de cualquier reclamación por servicios incluidos en la lista mencionada anteriormente que haya sido previamente denegada por carecer de un número CLIA.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7325.pdf>.

Continúa en página 54

## Adjudicación...(Continuación)

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7325, 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/R882OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 882, CR 7325

**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 ‘Form CMS-1500 At A Glance’

La publicación revisada titulada Form CMS-1500 At A Glance (revisada en febrero de 2011) está ahora disponible en la *Medicare Learning Network*® en [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/form\\_cms-1500\\_fact\\_sheet.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/form_cms-1500_fact_sheet.pdf). Esta hoja informativa enseña acerca de CMS-1500, que es el formulario en papel estándar utilizado por profesionales del cuidado de la salud para facturar servicios de Medicare Parte B. La hoja incluye información de antecedentes y una descripción cruzada de campos del formulario en papel con el formulario electrónico.

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

Fuente: CMS PERL 201105-21

## Información General

### Programa de incentivo eRx

#### Anuncio del Physician Quality Reporting System y programa de incentivo eRx

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que se encuentra disponible el *2009 Physician Quality Reporting System & Electronic Prescribing Incentive (eRx) Programs Reporting Experience Report*.

Este reporte resume la experiencia de profesionales elegibles en programas de incentivo en los programas de *2009 del Physician Quality Reporting System* e incentivo de eRx, así como tendencias del programa, a través del tiempo, incluyendo resultados tempranos de 2010.

La experiencia del reporte de 2009, está disponible en la sección “Downloads” de “Overview” de la página Web *Physician Quality Reporting System*, ubicada en <http://www.cms.gov/PQRS/>. También está puesta como descargable en “Overview” bajo “Related Links Inside CMS” en la página Web de eRx, ubicada en <http://www.cms.gov/ERxIncentive/>.

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

Fuente: CMS PERL 201105-13

---

---

## Actualización trimestral de julio a las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM7399  
Número de petición de cambio relacionado: 7399  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2011  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: R2217CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7399, la cual les recuerda a los médicos de las actualizaciones trimestrales de las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI). La última publicación trimestral del módulo de edición fue emitida en abril de 2011.

El último paquete de las modificaciones CCI, versión 17.2, es efectiva el 1 de julio de 2011, e incluye todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

Información adicional sobre CCI, incluyendo el CCI actual y las modificaciones MEC, están disponibles en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd>.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7399.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7399, 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/R2217CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2217, CR 7399

**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 final: El tiempo se acaba – ¿respondió 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](mailto: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

## Programa de incentivo EHR de Medicare

### Comenzó en abril 18 la testificación del programa de incentivo 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 representantes 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. ❖

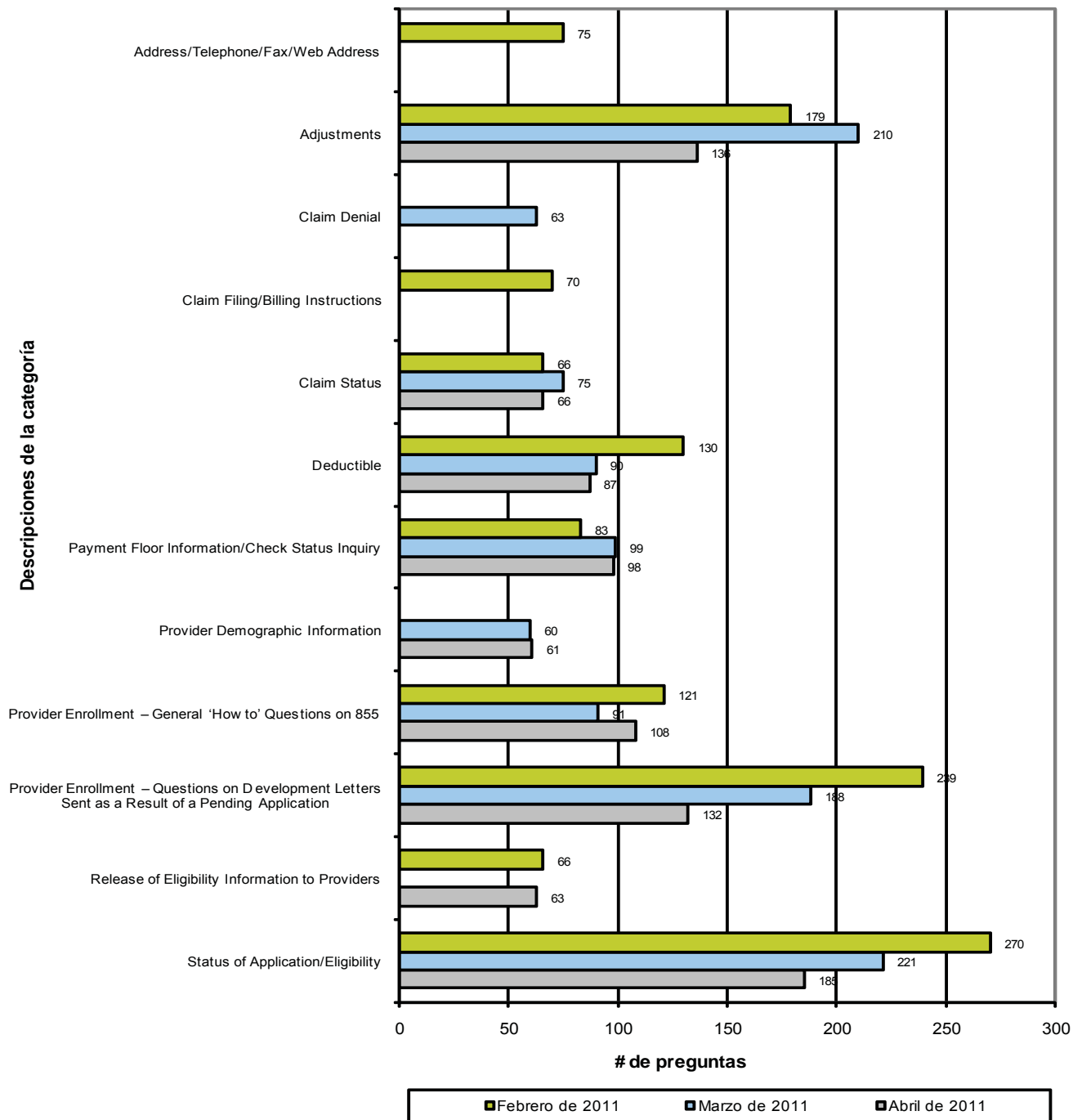
Fuente: CMS PERL 201104-31



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

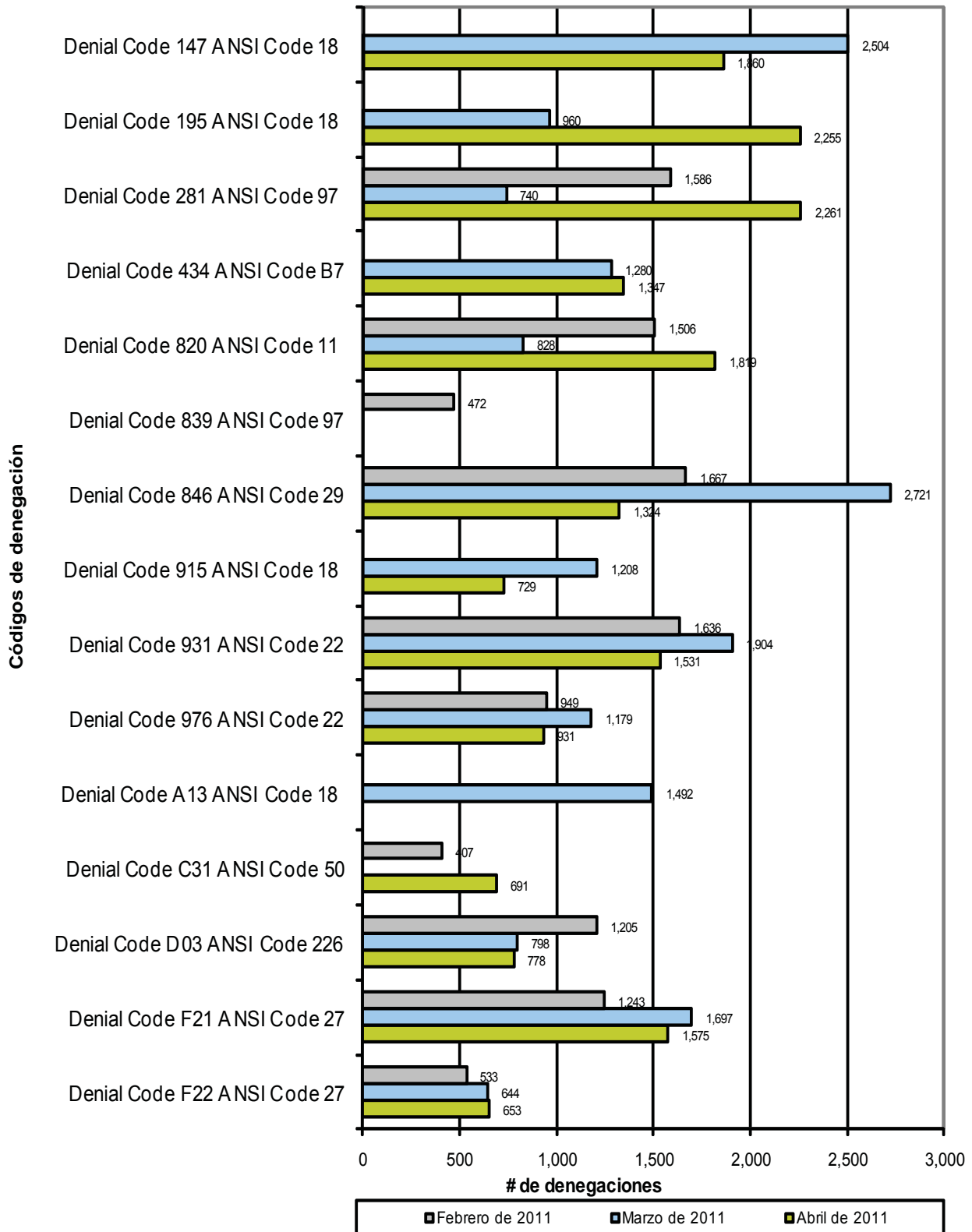
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de febrero - abril de 2011. Para consejos y recursos 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](http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp)

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



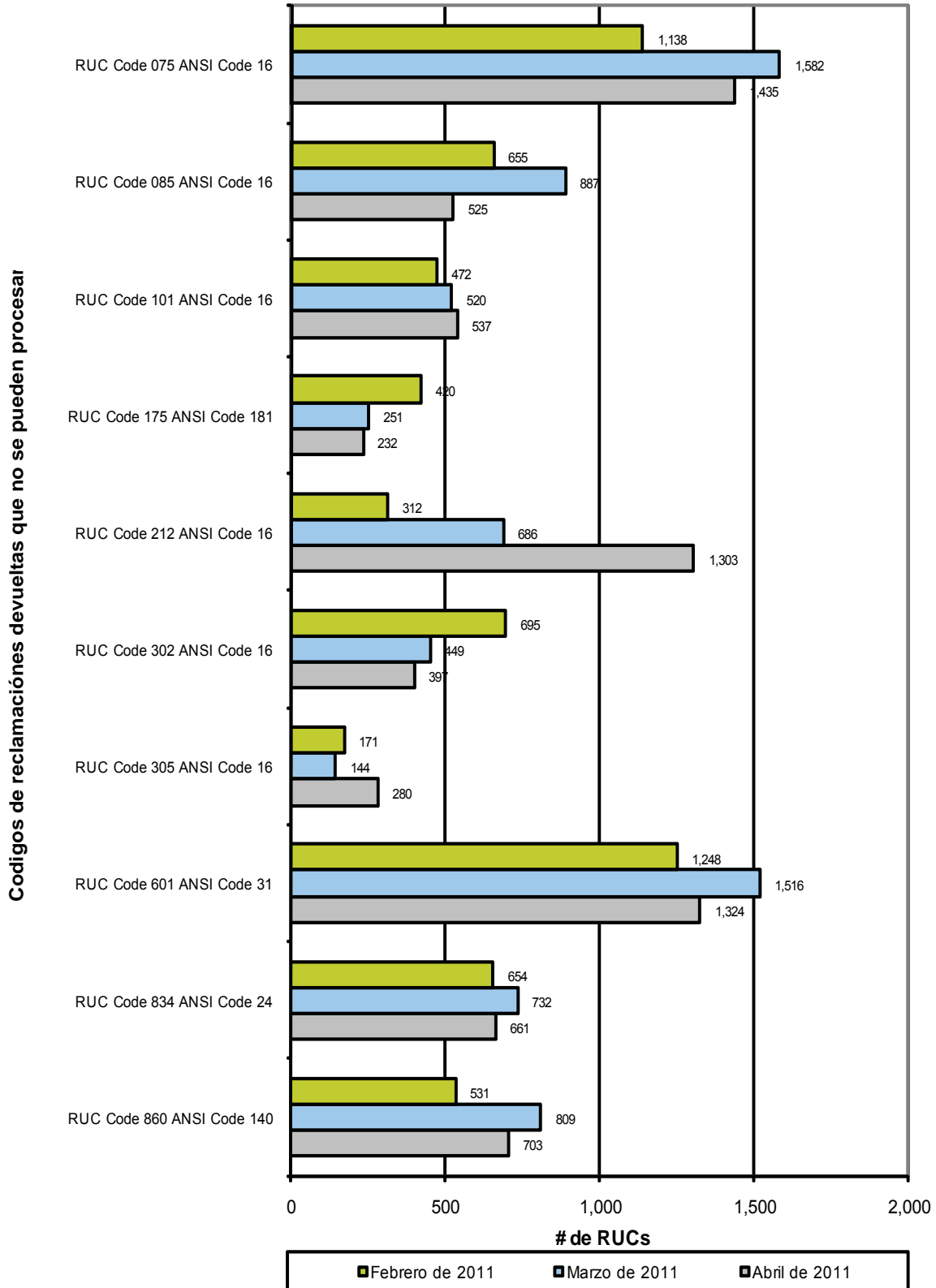
Gráficos... (continuación)

**Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en febrero-abril de 2011**



Gráficos... (continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en febrero-abril de 2011



## Determinaciones locales de cobertura

De acuerdo a las publicaciones específicas 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 modificaciones 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 modificaciones 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

### Revisiones a las LCD Existentes

BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins.....	61
Magnetic resonance imaging (MRI).....	61
Computed tomography (CT) scans .....	62

### LCD preliminares

90935-90937: Hemodialysis for treatment of schizophrenia ....	63
37205: Non-coronary vascular stents – aclaración del artículo de la LCD preliminar.....	63

### Listas de medicamentos

Self-administered drug (SAD) list – Parte B: J1559 .....	64
Self-administered drug (SAD) list – Parte B: J3490 .....	64

### 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.

A partir del 1 de julio de 2011, los ítems presentados con **el modificador GZ**, serán rechazados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

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

## Revisiones a las LCD Existentes

### **BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión de la LCD**

**Número de LCD: L29088 (Florida)**

**Número de LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los EE. UU.)**

La determinación local de cobertura (*local coverage determination*, LCD) para las toxinas botulínicas fue revisada más recientemente el 3 de marzo de 2011. A partir de ese momento, la LCD ha sido revisada de acuerdo con la transmisión 2150, petición de cambio 7319, de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services*, CMS), con fecha 4 de febrero de 2011; la transmisión 2147, petición de cambio 7299, de los CMS, con fecha 4 de febrero de 2011; y la transmisión 2185, petición de cambio 7343, de los CMS, con fecha 25 de marzo de 2011. En este aspecto, la sección “CPT/HCPCS Codes” (Códigos de CPT/HCPCS) de la LCD ha sido revisada para eliminar los códigos J3590 y C9278 del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (*Healthcare Common Procedure Coding System*, HCPCS) y agregar el código Q2040 del HCPCS (Inyección, *incobotulinumtoxinA*, 1 unidad). La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” (Códigos ICD-9 que respaldan la necesidad médica) de la LCD también ha sido revisada para agregar el código Q2040 del HCPCS (Inyección, *incobotulinumtoxinA*, 1 unidad).

El anexo “Coding Guidelines” (Pautas de codificación) de la LCD también ha sido revisado para actualizar la información de codificación y de facturación para *incobotulinumtoxinA* (Xeomin®).

#### **Fecha de vigencia**

Esta revisión de la LCD es aplicable para las reclamaciones procesadas el 4 de abril de 2011, o con posterioridad, para los servicios prestados el 1 de abril de 2011, o con posterioridad. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las Pautas de Codificación para una LCD (cuando la hubiera) pueden buscarse seleccionando “LCD Attachments” (Anexos a las LCD) en el menú desplegable “Jump to Section...” (Ir a sección...) en la parte superior 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.*

### **Magnetic resonance imaging (MRI) – revisiones de las LCD**

**Número de LCD: L29219, L29220, L29221, L29222, L29223 (Florida)**

**Número de LCD: L29362, L29363, L29448, L29449, L29450 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los EE. UU.)**

#### **Revisión n.º 1**

First Coast Service Options Inc., contratista administrativo de Medicare para la Jurisdicción 9 (*Medicare administrative contractor jurisdiction 9*, MAC J9), ha revisado las determinaciones locales de cobertura (*local coverage determinations*, LCD) para resonancia magnética (*magnetic resonance imaging*, MRI) y ha determinado que el texto ubicado en la sección “Documentation Requirements” (Requisitos de documentación) de la LCD debe revisarse para que sea uniforme en todas las LCD para MRI y para asegurar que concuerde con la bibliografía que respalda estos requisitos. En algunas ocasiones, también se actualizaron las referencias. Estas revisiones sirven para ampliar el texto existente que se encuentra en la LCD. Se han revisado las siguientes LCD: 70540 resonancia magnética de la órbita, el rostro y/o el cuello, 70551 resonancia magnética del cerebro, 72141 resonancia magnética de la columna vertebral, 73218 resonancia magnética de extremidad superior y 73721 resonancia magnética de cualquier articulación de las extremidades inferiores. a determinación local de cobertura (LCD) para

#### **Fecha de vigencia**

Estas revisiones de las LCD son aplicables para los servicios prestados el 5 de abril de 2011, o con posterioridad. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

**Continúa en página 62**

**MRI...(Continuación)****Revisión n.º 2**

Además de las revisiones indicadas anteriormente, el MAC J9 ha revisado las LCD para MRI en función de las instrucciones emitidas en la petición de cambio 7296, con fecha 4 de marzo de 2011. Se ha agregado y/o eliminado texto de la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*” (Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica) de las LCD en función del texto revisado emitido en la petición de cambio 7296 para la determinación nacional de cobertura (*national coverage determination, NCD*) para resonancia magnética, Sección 220.2. Se han revisado las siguientes LCD: 70540 resonancia magnética de la órbita, el rostro y/o el cuello, 70551 resonancia magnética del cerebro, 72141 resonancia magnética de la columna vertebral, 73218 resonancia magnética de extremidad superior y 73721 resonancia magnética de cualquier articulación de las extremidades inferiores.

**Fecha de vigencia**

Estas revisiones de las LCD son aplicables para las reclamaciones procesadas el 4 de abril de 2011 o con posterioridad, para los servicios prestados el 24 de febrero de 2011 o con posterioridad. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando la hubiera) pueden buscarse seleccionando “LCD Attachments” (Anexos a las LCD) en el menú desplegable “Jump to Section...” (Ir a sección...) en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de entrada en vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” (Mostrar documentos vigentes futuros) 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.](#)

**Computed tomography (CT) scans – revisiones de las LCD**

**Número de LCD: L29118, L29119, L29120, L29121 (Florida)**

**Número de LCD: L29136, L29137, L29138, L29139 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los EE. UU.)**

First Coast Service Options Inc., contratista administrativo de Medicare para la Jurisdicción 9 (Medicare administrative contractor for jurisdiction 9, MAC J9), ha revisado las determinaciones locales de cobertura (*local coverage determinations, LCD*) para tomografías computarizadas (*computed tomography, CT*) y ha determinado que el texto ubicado en la sección “*Documentation Requirements*” (Requisitos de documentación) de la LCD debe revisarse para que sea uniforme en todas las LCD para CT y para asegurar que concuerde con la bibliografía que respalda estos requisitos. En algunas ocasiones, también se actualizaron las referencias. Estas revisiones sirven para ampliar el texto existente que se encuentra en la LCD. Se han revisado las siguientes LCD: 70450 tomografías computarizadas de la cabeza o el cerebro, 71250 tomografía computarizada del tórax, 72192 tomografía computarizada del abdomen y la pelvis y 74261 colonografía por tomografía computarizada.

**Fecha de vigencia**

Estas revisiones de las LCD son aplicables para los servicios prestados el 5 de abril de 2011, o con posterioridad. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando la hubiera) pueden buscarse seleccionando “LCD Attachments” (Anexos a las LCD) en el menú desplegable “Jump to Section...” (Ir a sección...) en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de entrada en vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” (Mostrar documentos vigentes futuros) 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.](#)

## LCD Preliminares

### 90935-90937: Hemodialysis for treatment of schizophrenia – Determinación nacional de cobertura (Parte B)

La determinación nacional de cobertura (*national coverage determination*, NCD) para hemodiálisis para el tratamiento de la esquizofrenia (*Medicare National Coverage Determinations Manual, Pub. 100-03*, Capítulo 1, Sección 130.8) indica que la evidencia científica que respalda el uso de la hemodiálisis como medio seguro y efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia no es concluyente en este momento. Por consiguiente, Medicare no cubre la hemodiálisis para el tratamiento de la esquizofrenia. First Coast Service Options Inc. ha identificado que los siguientes diagnósticos representan la esquizofrenia en función de esta NCD.

- 295.00-295.95 (Trastornos esquizofrénicos).

#### Fecha de vigencia

Este artículo sirve como notificación de 45 días de que la hemodiálisis para el tratamiento de la esquizofrenia no se considera segura ni efectiva cuando se factura con los diagnósticos 295.00-295.95 aplicables para servicios prestados el **1 de junio de 2011, o con posterioridad**.

[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.](#)

### 37205: Non-coronary vascular stents – aclaración de la LCD preliminar

#### Número de LCD: DL31824 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los EE. UU.)

Se han recibido muchos comentarios con respecto a la determinación local de cobertura (*local coverage determination*, LCD) preliminar para *stents* vasculares no coronarios por parte de médicos en ejercicio, sociedades de especialidades y otras partes interesadas dentro y fuera de la Jurisdicción 9 (*Jurisdiction 9*, J9) del contratista administrativo de Medicare (*Medicare administrative contractor*, MAC) Parte A/B.

El MAC J9 ha optado por no concluir este borrador en este momento. Las opciones incluyen someter un nuevo borrador en el próximo ciclo de LCD (verano). Dicho borrador puede enfocarse en áreas más limitadas (como la extremidad inferior, etc.), pero eso no se ha decidido.

Existen varios motivos por los cuales no concluir la LCD preliminar actual en este momento, entre los que se incluyen:

1. Nueva codificación para la extremidad inferior (revascularización endovascular) e impacto incierto sobre la utilización.
2. Inquietudes con la aplicación del diagnóstico a los códigos de procedimientos indicados en la LCD. Algunas indicaciones tenían respaldo de la evidencia en la bibliografía revisada por colegas; algunas indicaciones con respaldo de evidencia podrían, posiblemente, ser excluidas, dadas las limitaciones de los descriptores del código de procedimiento y de los códigos de diagnóstico de la Clasificación internacional de enfermedades, 9.ª revisión, modificación clínica (*International classification of diseases, 9th rev, clinical modification*, ICD-9-CM) abordados en el borrador; y algunas indicaciones sin respaldo de evidencia podrían ser tenidas como cubiertas en función de una aplicación amplia junto con el texto de la LCD preliminar.
3. Las implicaciones de la declaración sobre indicaciones aprobadas por la Administración para el Control de Medicinas y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA) para un dispositivo (*stents* en este caso). El departamento de Política Médica ha investigado el texto para abordar los estándares de atención, pero no deseaba que se usara la LCD para justificar procedimientos en investigación/experimentales o el exceso de utilización de determinados procedimientos. Sin una relación directa, había una inquietud respecto de que una declaración amplia sería interpretada como una declaración de cobertura positiva para otros dispositivos que se usan de manera extraoficial con poca evidencia. Por ejemplo, el cambio de los códigos de atelectomía periférica para arterias suprainguinales del Nivel 1, Categoría I a Categoría III, sugiere que hay tecnologías de dispositivos nuevas y emergentes, y estos dispositivos pueden tener indicaciones más limitadas. Claramente, hay circunstancias en las que estos dispositivos deberían no estar cubiertos o estar limitados a su autorización de la FDA cuando la documentación pueda respaldar la indicación razonable y necesaria (*reasonable and necessary*, R&N) para un paciente en particular.

**Continúa en página 64**

**37205...(Continuación)**

Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

*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.*

## Listas de medicamentos

### Self-administered drug (SAD) list – Parte B: J1559

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago por parte de Medicare de medicamentos y productos biológicos incidentales al servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable, por lo general, es autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas de evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables, autoadministrados excluidos, incidentales al servicio de un médico se encuentran en *Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2*.

Para servicios prestados el 18 de junio de 2011 o con posterioridad, el siguiente medicamento ha sido incorporado a la lista de medicamentos autoadministrados (*self-administered drug, SAD*) de la Parte B del contratista administrativo de Medicare (*Medicare administrative contractor, MAC*) para la Jurisdicción 9 (*Jurisdiction 9, J9*).

*J1559* Inyección, inmunoglobulina, (*hizentra*), 100 mg

La evaluación de medicamentos para su incorporación a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables del monitoreo de la lista de SAD para verificar si se han incorporado o eliminado medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los CMS en:

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/search-results.aspx?SearchType=Advanced&CoverageSelection=Local&ArticleType=SAD&s=---&Cntrctr=197&DateTag=C&kq=true&bc=IAAAAAAAAAAAA&>

### Self-administered drug (SAD) list – Parte B: J3490

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago por parte de Medicare de medicamentos y productos biológicos incidentales al servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable, por lo general, es autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas de evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos, incidentales al servicio de un médico se encuentran en *Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2*.

- Para servicios prestados el 4 de junio de 2011 o con posterioridad, el siguiente medicamento ha sido incorporado a la lista de medicamentos autoadministrados (*self-administered drug, SAD*) de la Parte B del contratista administrativo de Medicare (*Medicare administrative contractor, MAC*) para la Jurisdicción 9 (*Jurisdiction 9, J9*).
- *J3490 tesamorelina (Egrifta™)*

La evaluación de medicamentos para su incorporación a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables del monitoreo de la lista de SAD para verificar si se han incorporado o eliminado medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles en:

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/search-results.aspx?SearchType=Advanced&CoverageSelection=Local&ArticleType=SAD&s=---&Cntrctr=197&DateTag=C&kq=true&bc=IAAAAAAAAAAAA&>



## 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Publications/">http://medicare.fcso.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (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 2010 a septiembre 2011.	40300260	Impreso \$33.00		
<b>Catálogo de honorarios de 2011</b> – 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (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 [ <input type="checkbox"/> ]      Español [ <input type="checkbox"/> ]				
<b>Escriba de manera legible</b>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</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 de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

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

Envíe este formulario con su pago a: **First Coast Service Options Inc.**  
**Medicare Publications**  
**P.O. Box 406443 Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Proveedor/nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Re-determinaciones

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

### Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

### 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

## 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

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

[medicare.fcso.com](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

**Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO**

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



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**