

A Medicare A y B Al Día



Boletín para proveedores de MAC J9

Junio 2011



Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales	35
Información para proveedores de la Parte A.....	36
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	49
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	55
Contactos de Parte A de Puerto Rico	56
Información para proveedores de la Parte B.....	57
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	62
Formulario para ordenar materiales de Parte B	69
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	70

Hasta \$500 millones en fondos del Affordable Care Act ayudarán a los proveedores de la salud a mejorar la atención médica

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos anunció que hasta \$500 millones en fondos para Partnership for Patients estarán disponibles para ayudar a los hospitales, proveedores del cuidado de la salud, y otros a mejorar el cuidado y detener millones de heridas y complicaciones que pueden ser prevenibles relacionadas a las condiciones adquiridas del cuidado de la salud y readmisiones innecesarias. Este fondo hecho disponible por el *Affordable Care Act*, será conferido por el *CMS Innovation Center*.

“Desde que el Partnership for Patients fue anunciado, hemos tenido una abrumadora respuesta de los hospitales, doctores, empleadores, y otros asociados que desean ser parte de este esfuerzo histórico para mejorar la seguridad del paciente”, dijo el administrador de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), Donald M Berwick, M.D. “Ahora queremos contratar entidades locales y estatales que puedan fomentar y sustentar los esfuerzos de los hospitales para mejorar el cuidado de la salud y reducir el riesgo en los pacientes”.

El Partnership for Patients es una asociación pública-privada que mejorará la calidad, seguridad, y asequibilidad económica del cuidado de la salud para todos los americanos. Las dos metas del Partnership

son reducir el riesgo en ambientes de hospital al 40 por ciento y reducir readmisiones de hospital al 20 por ciento en un periodo de tres años. Para lograr estas metas, el Partnership está buscando contratar grandes sistemas del cuidado de la salud, asociaciones, organizaciones del estado, u otras partes interesadas para sustentar a los hospitales en el arduo trabajo de rediseñar los procesos del cuidado para reducir los riesgos. “Hospital Engagement Contractors” se le pedirá que haga lo siguiente:

- Diseñar programas intensivos para enseñar y ayudar a los hospitales a hacer el cuidado más seguro;
- Llevar a cabo adiestramientos para los hospitales y los proveedores del cuidado de la salud;
- Proveer asistencia técnica a los hospitales y los proveedores del cuidado de la salud; y
- Establecer e implementar un sistema para rastrear y monitorear el progreso del hospital en cumplir las metas de mejoramiento de calidad.

Continúa en página 25



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de Contenido

Hasta \$500 millones en fondos del Affordable Care Act ayudarán a los proveedores de la salud a mejorar la atención médica	1
Tabla de Contenido	2
Sobre esta publicación	3
Actualización trimestral para proveedores	4

Partes A y B

Cobertura y Reembolso

Pautas de cobertura del cuidado de los pies...	5
Examen físico inicial y visita de bienestar	5
Pago de equipo médico duradero	6
Archivos del precio promedio de venta	6
Pruebas de diagnóstico de laboratorio	7
Actualización de tarifa DMEPOS a julio 2010	7
Catálogo de tarifa fija de Medicare de 2011	8
Pago de medicamentos de farmacia	9
Modificadores de reclamaciones DMEPOS	9
NCD angioplastia transluminal percutánea ...	10

Facturación

Materiales AAPC-CMS ICD-10 code-a-thon..	10
Facturación de servicios ordenados/referidos	11
Cambios a códigos HCPCS de medicinas	12

Administración

Auto denegación de reclamaciones presentadas con modificador GZ	12
---	----

Educación

Actualización a Medicare Learning Network	13
Hoja informativa CERT	14
Panfleto revisado How to Search the Medicare Coverage Database	14
Comentarios sobre artículos MLN Matters	14
Proteger la identidad al utilizar PECOS	15
Guía de servicios preventivos de Medicare...	15
Lo que usted debe saber sobre los GEM	15
Listserv de productos educativos	16
A prepararse para la versión 5010	16
Nuevo "fast fact" disponible en la página Web de Provider Compliance en el MLN	17
Folleto sobre el examen de HIV	17
27 de junio: Día Nacional de Prueba de HIV	18
Disponibles nuevos podcasts ICD-10 2012 ..	18

Intercambio Electrónico de Datos

Pruebe su implementación de versión 5010	19
HIPAA 5010 & D.O – calendario de implementación y recordatorios importantes.	20
Nuevas FAQ sobre HIPAA versión 5010	21
Guías para aceptar y procesar reaperturas...	22
CMS anuncia pruebas de versión 5010	22
Actualización de códigos de estatus y de categoría de estatus de reclamaciones.....	23

Centros de Enfermería Especializada

Actualización trimestral de códigos HCPCS	24
---	----

Centros de Rehabilitación

Hoja informativa 'CERT'	24
-------------------------------	----

Información General

Recuperación del sobrepago en la remesa	25
Calidad de cuidados médicos.....	26
Proveedores que ordenan/refieren.....	27
Noticias sobre servicios preventivos CMS	28
Fundamento del programa incentivo EHR	29
Estándares de centros de salud mental	30
Mes y semana nacional de salud masculina	31
\$75 millones en incentivos EHR Medicare....	32
Nuevas FAQ añadidas al sitio Web de EHR	32
Actualización de FAQ sobre uso significativo	33
Proyección de imagen de diagnóstico avanzado	33
Solicitud de inscripción a Medicare	34
Códigos Health Care Provider Taxonomy	34

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos	35
-----------------------------------	----

Parte A

PPS de centro psiquiátrico actualizado	36
Código de denegación de ajuste A7	36
Enfermera anestesista registrada certificada	37
Hoja informativa Medicare Disproportionate Share Hospital en formato impreso	37
Enfermedad renal en estado terminal	38
Editor de códigos ambulatorios a julio 2011	38
Facturación correcta del proveedor.....	39
Afiliación electrónica para hospitales que enseñan.....	40
Servicio de urgencia a paciente ambulatorio	41
Hoja informativa Outpatient Prospective Payment System en formato impreso	41
Fecha límite del programa de incentivo EHR.....	42
Vulnerabilidades de codificación DRG	42
Actualización de julio de 2011 de OPPS	43
Hospital de cuidado a largo plazo	43
PC Pricer de centros de rehabilitación	44
Clarificación del manual de facturación SNF	44
Sistema Five star de evaluación de calidad	45
Demostraciones de hogar médico FQHC.....	45

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	46
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de LCD Parte A.....	49
--	----

Ordenar materiales de Parte A.....

55

Contactos Parte A de Puerto Rico

56

Parte B

Sistema de pagos ASC.....	57
Periodo abierto de inscripción	57
Nuevas pruebas con dispensa	58

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	59
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de LCD Parte B	62
---	----

Ordenar materiales de Parte B.....

69

Contactos Parte B de Puerto Rico

70

Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 6
Junio 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.fcsoc.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

Pautas de cobertura del cuidado de los pies

Número de *MLN Matters*: SE1113
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo se refiere a cuidados de rutina de los pies así como los relacionados con condiciones sistémicas subyacentes (e.g., enfermedades vasculares periféricas, neurológicas o metabólicas), lesiones, úlceras, heridas e infecciones.

Servicios de cuidado de los pies con cobertura

De acuerdo al *Medicare Benefit Policy Manual* (MBPM), Capítulo 15, Sección 290, La cobertura de Medicare de servicios de cuidados de los pies, incluye solamente el cuidado razonable y médicamente necesario.

Exclusiones de cobertura

Ciertos servicios relacionados con el cuidado de los pies no tienen, en general, cobertura de Medicare. Aunque sean provistos por un podiatra, osteópata o doctor en medicina y sin considerar el grado de complejidad del procedimiento, no tienen cobertura de Medicare los servicios siguientes:

- Tratamiento de pies planos
- Cuidados de rutina de los pies
- Dispositivos de apoyo para los pies

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1113.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1113

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.

Examen físico inicial y visita de bienestar

Medicare ahora provee cobertura para ambos

Visita de bienestar anual (AWV) – nuevo para el 2011

Bajo el *Affordable Care Act*, los beneficiarios de Medicare ahora pueden recibir cobertura para una AWV, la cual es una visita de oficina anual que se centra en la salud preventiva. Durante el AWV, los proveedores del cuidado de la salud revisarán el historial del paciente y los factores de riesgo para enfermedades, asegurar que la lista de medicamentos del paciente esté al día, y proveer consejos de salud personalizados y asesoramiento. El primer AWV también permite al proveedor establecer un plan de prevención personalizado. Este nuevo beneficio proveerá un enfoque continuo sobre la prevención que puede ser adaptada mientras que las necesidades de salud del beneficiario cambian con el tiempo. [Download a complete list of the AWV components.](#)

Examen físico preventivo inicial (IPPE)

En adición al nuevo AWV, Medicare también provee cobertura para el IPPE, comúnmente conocido como la visita de bienvenida a Medicare “*Welcome to Medicare*” (WMV). Medicare ha provisto cobertura para este examen desde el 2005; es provisto como un servicio de una sola vez a los nuevos beneficiarios inscritos. El IPPE es una introducción a Medicare y cubre los beneficios, con un enfoque en la promoción de salud y detección de enfermedad.

El IPPE debe ser realizado dentro de los primeros 12 meses después de la fecha efectiva del beneficiario de su cobertura de Medicare Parte B. Contiene un número de componentes que se enfocan en la prevención,

Continúa en la página siguiente

Examen físico...(continuación)

incluyendo un historial completo médico/social/familiar, un examen físico (i.e., índice de masa ósea, presión sanguínea, agudeza visual), una evaluación de la habilidad funcional, y consejería.

[Download a complete list of the IPPE components.](#)

Nota importante: Medicare provee cobertura del AWV y el IPPE como beneficios de Medicare Parte B. El beneficiario no pagará por el AWV y el IPPE (no hay un coseguro o copago y ningún deducible de Medicare Parte B para estos beneficios). Para aprender más sobre el AWV y el IPPE, refiérase al [Guide to Medicare Preventive Services for Medicare Fee-For-Service Providers and Suppliers del Medicare Learning Network's](#).

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

Fuente: CMS PERL 201106-32

Pago de equipo médico duradero

Revisiones del Manual – cambios de pago para equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros

Número de *MLN Matters*: MM7401

Número de petición de cambio relacionado: 7401

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

Fecha de efectividad: 28 de agosto de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2231CP

Fecha de implementación: 28 de agosto de 2011

Resumen

La petición de cambio (CR) 7401, es la tercera entrega, y añade información, del Capítulo 36 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Competitive Bidding Program en el Medicare Claims Processing Manual y provee información adicional para los contratistas de Medicare y suplidores en la implementación del episodio uno de licitación. Existen siete adiciones a la Sección 50 del Capítulo 36 del *Medicare Claims Processing Manual*; uno es una actualización y los otros seis son nuevas adiciones.

El CR 5978 proveyó la primera entrega del Capítulo 36 y detalla los requisitos iniciales de este programa. La fase uno del artículo CR 5978 del *MLN Matters*® está disponible en

<http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5978.pdf> en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). El CR 6119 proveyó la segunda entrega del Capítulo 36 y detalla la segunda fase de las revisiones del manual a este programa. El artículo CR 6119 relacionado de *MLN Matters*® está disponible en <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/Downloads/MM6119.pdf> en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7401.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7401, 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/R2231CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2231, CR 7401

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.

Archivos del precio promedio de venta

Ahora disponibles los archivos revisados del precio promedio de venta de julio de 2010-abril de 2011

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado los archivos revisados del precio promedio de venta (ASP) para julio de 2010, hasta abril de 2011. Todos están disponibles para descargar en: <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (vea el menú de la izquierda para los enlaces específicos por año).

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

Fuente: CMS PERL 201106-39

Pruebas de diagnóstico de laboratorio

Demostración de laboratorio para ciertas pruebas complejas de diagnóstico

Número de *MLN Matters*: MM7413

Número de petición de cambio relacionado: 7413 – reemplaza CR 7278

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2226CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

La Sección 3113 del *Affordable Care Act* exige que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) conduzcan un proyecto de demostración para ciertas pruebas complejas de laboratorio de diagnóstico por un periodo de dos años, comenzando el 1 de enero de 2012, o hasta que se haya alcanzado el pago de cien millones de dólares (\$100,000,000).

La participación en esta demostración es voluntaria y disponible a cualquier laboratorio en toda la nación. CMS proveerá a los contratistas con la Sección 3113 de tarifa fija de demostración que contiene las cantidades de pago para la lista de servicios a ser cubiertos por la demostración. Estas cantidades de pago serán las cantidades nacionales.

Al presentar una reclamación con la Sección 3113, identificador de proyecto de demostración "56", el laboratorio acuerda cooperar con la evaluación independiente y la implementación de los contratistas seleccionados por CMS para propósitos de este proyecto de demostración. Esto puede incluir el proveer datos necesarios para evaluar el impacto de la demostración y participar en las encuestas y/o visitas al sitio solicitadas por esos contratistas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7413.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7413, 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/R2226CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2226, CR 7413

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

Actualización de tarifa fija DMEPOS a julio 2010

Número de *MLN Matters*: MM7416

Número de petición de cambio relacionado: 7416

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de junio de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2236CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La tarifa fija de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) es actualizada en una base trimestral, cuando sea necesario, para implementar las cantidades de tarifa fija para los nuevos códigos y para corregir cualquier cantidad de tarifa fija para los códigos existentes. Algunos de los puntos clave de esta actualización incluyen lo siguiente:

- Cantidades establecidas de tarifa para los códigos de procedimiento A7020, E1831, y L5961, efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011.
- Códigos "K" provisionalmente añadidos, efectivo para las fechas de servicio del 1 de julio de 2011
- Actualizaciones para los códigos de procedimiento E0571 y A4619, efectivo el 1 de julio de 2011
- Pago para los contenidos de oxígeno
- Prueba de entrega de los requisitos para los contenidos de oxígeno
- Pago para el reemplazo de equipo después de las reparaciones

Continúa en la página siguiente

Actualización de tarifa...(continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7416.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7416, 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/R2236CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2236, CR 7416

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.

Catálogo de tarifa fija de Medicare de 2011

Actualización de julio de la base de datos

Número de *MLN Matters*: MM7430

Número de petición de cambio relacionado: 7430

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2223CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7430, el cual provee la actualización de julio de 2011, de los archivos de pago que fueron emitidos a los contratistas de Medicare basado en la regla final de Medicare physician fee schedule 2011. Las revisiones incluyen:

- Cambios del indicador de códigos HCPCS
- Cambios al descriptor corto de códigos HCPCS
- Adiciones de códigos HCPCS

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7430.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7430, 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/R2223CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2223, CR 7430

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.

Pago de medicamentos de farmacia

Provistos “subordinados” a los servicios de un médico

Número de *MLN Matters*: MM7397

Número de petición de cambio relacionado: 7397

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2011

Fecha de efectividad: 29 de junio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2214CP

Fecha de implementación: 29 de junio de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7397, la cual clarifica la póliza con respecto a las restricciones sobre la facturación de farmacia para los medicamentos provistos “subordinados” a los servicios de un médico. Las farmacias, suplidores, y proveedores no pueden facturar a Medicare Parte B por medicamentos dispensados directamente a un beneficiario para administración “subordinado” al servicio de un médico, tal como rellenar una bomba de medicamento implantada. Estas reclamaciones serán denegadas.

El CR también clarifica la póliza para la determinación local de los límites de pago para los medicamentos que no son determinados nacionalmente.

Este artículo nota que el CR 7397 rescinde y completamente reemplaza el CR 7109.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7397.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7397, 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/R2214CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2214, CR 7397

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.

Modificadores de reclamaciones DMEPOS

Número de *MLN Matters*: SE1035

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

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

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1035

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.

NCD angioplastia transluminal percutánea

Número de *MLN Matters*: SE1119
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

El 6 de mayo de 2011, FDA aprobó el uso de moldeado de carótida RX Acculink® en pacientes que no presentan un alto riesgo de eventos adversos por endarterectomía de carótida (CEA). La aprobación de la *Food and Drug Administration* (FDA) de estas nuevas indicaciones para pacientes con riesgo normal o estándar no altera la política de cobertura nacional de Medicare.

La determinación nacional de cobertura (NCD) 20.7 de angioplastia transluminal percutánea (PTA) de la arteria carótida conjuntamente con moldeado, no es cambiada por las nuevas indicaciones aprobadas por FDA para moldeado de carótida RX Acculink. Específicamente:

- Procedimientos en pacientes sin alto riesgo de CEA (i.e., pacientes con riesgo normal o estándar) tienen cobertura Medicare cuando estos procedimientos son realizados en estudios aprobados por FDA, y
- Pacientes sin alto riesgo de CEA son elegibles para cobertura de Medicare en estudios de excepción de dispositivo de investigación (IDE) categoría B.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1119.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1119

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

Facturación

Materiales de AAPC-CMS ICD-10 code-a-thon

Puestos en el sitio Web

Si no le fue posible reunirse con los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) con motivo de (AAPC)-CMS ICD-10 code-a-thon de American Academy of Professional Coders del 26 de abril de 2011, o si solamente desea una mirada más de cerca de todos los materiales de la presentación, éstos se encuentran disponibles en el sitio Web de CMS, en la sección [Latest News](#).

El material incluye:

- Presentaciones de [AAPC](#) y de [CMS](#) sobre ICD-10 y versión 5010
- Una [transcripción](#) y un [audio](#) de las presentaciones dadas durante el *webinar*

Estos materiales serán útiles para mantenerse informado y aprender acerca de las transiciones a ICD-10 y versión 5010. Tómese la libertad de compartir esta información con sus colegas, su personal o cualquier otra persona interesada en aprender más acerca de estas importantes transiciones.

Manténgase al día con versión 5010 e ICD-10

Para las últimas noticias y recursos de ayuda para su preparación, visite www.cms.gov/icd10.

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

Fuente: CMS PERL 201106-26

Facturación de servicios ordenados/referidos

Tres recordatorios para facturar correctamente

Todos los proveedores organizacionales inscritos en Medicare Parte B, equipos médicos duraderos, prótesis, ortóticos y suplidos (DMEPOS), o agencias de proveedores de servicios médicos a domicilio (HHA) de Parte A, pueden presentar reclamaciones con información para ordenar o referir.

1. Para ordenar y referir hay tres requisitos básicos:
 - El médico u otro profesional de la salud debe estar inscrito en Medicare o en situación optativa.
 - El identificador nacional del proveedor (NPI) utilizado para ordenar/referir debe pertenecer a un médico u otro profesional de la salud individuales (no puede ser un NPI organizacional).
 - El médico u otro profesional de la salud debe tener un tipo de especialidad facultado para ordenar y referir.

Si usted no cumple con los tres requisitos básicos mencionados más arriba, refiérase al ítem #3 de cómo obtener un NPI e inscribise en Medicare para los propósitos de ordenar y referir.

2. Solamente médicos y otros profesionales de la salud de ciertos tipos de especialidades, inscritos individualmente en Medicare, son elegibles para ordenar/referir para servicios de beneficiarios de Parte B y DMEPOS (proveedores organizacionales no pueden ordenar y referir). Médicos y otros profesionales de la salud proveedores, incluyen:
 - Doctor en medicina u osteópata
 - Medicina dental
 - Cirugía dental
 - Doctor en podiatría
 - Optometrista
 - Quiropráctico
 - Asistente médico
 - Enfermera clínica especialista certificada
 - Enfermera practicante
 - Psicólogo clínico
 - Enfermera obstetra certificada
 - Trabajador(a) social clínica(o) registrado(a)

Solamente médicos y otros profesionales de la salud de ciertos tipos de especialidades son elegibles para ordenar/referir para servicios de Parte A, cuando un plan de tratamiento es necesario y presentado por un HHA para servicios a un beneficiario. Se encuentran incluidos:

- Doctor en medicina u osteópata
 - Doctor en podiatría
3. Con la finalidad de ordenar/referir, el proveedor debe tener un registro de inscripción en PECOS.
 - Los proveedores que ordenan o refieren deben verificar su inscripción en PECOS. Note que el hecho de estar recibiendo pagos de Medicare no significa necesariamente que usted tiene un registro de inscripción en PECOS. La manera más fácil de verificar una inscripción es visitando PECOS basado en Internet, en <https://pecos.cms.hhs.gov> y navegar a la página "My Enrollments"; si no aparece un registro, usted no tiene registro de inscripción en PECOS. (instrucciones más detalladas para acceder y navegar en PECOS basado en Internet, están disponibles aquí). Otra opción es buscar en Ordering and Referring Report .
 - Si cree que se ha presentado una solicitud de inscripción pero no existe un registro de inscripción en PECOS, busque en la lista de solicitudes pendientes, disponible en http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/06_MedicareOrderingandReferring.asp (vaya a "Initial Physician Applications Pending Contractor Review" en la sección Downloads de la página).
 - Proveedores que no tienen un registro de inscripción en PECOS y que tampoco figuran en la lista de solicitudes pendientes, deberán hacer los arreglos necesarios para presentar su solicitud de inscripción. PECOS basado en Internet es la manera más rápida y eficiente de hacerlo. Para instrucciones, vea [Basics of Internet-based PECOS for Physicians and Non-Physician Practitioners](#).

Para información adicional, vea *Medicare Learning Network's "Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers" fact sheet*.

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

Fuente: CMS PERL 201106-21

Cambio a códigos HCPCS de medicinas

Actualización trimestral a julio de 2011 de códigos de medicinas farmacéuticas/biológicas

Número de *MLN Matters*: MM7303
 Número de petición de cambio relacionado: 7303
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de mayo de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2227CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La orden de cambio (CR) 7303 anuncia la actualización trimestral de códigos Healthcare Procedure Code System (HCPCS) específicos de medicinas farmacéuticas/biológicas, vigentes para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2011.

- Código no pagable: J7184
- Códigos pagables: Q2041, Q2042, Q2043, Q2044

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7303.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7303, 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/R2227CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2227, CR 7303

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.

Administración

Auto denegación de reclamaciones presentadas con modificador GZ

Número de *MLN Matters*: MM7228
 Número de petición de cambio relacionado: 7228
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2148CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

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

Información adicional

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

Continúa en la página siguiente

Auto denegación...(continuación)

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.

Educación

Actualización a Medicare Learning Network Índice de artículo rediseñado de MLN Matters

Los índices de los artículos de 2004 hasta el 2011 del *MLN Matters*[®] han sido rediseñados. Estos índices están basados en palabras comunes y fueron actualizados para enlazar directamente a los artículos relacionados al *MLN Matters*[®]. Para ver un artículo asociado con una palabra clave o frase, simplemente haga clic en el enlace relacionado a esa palabra clave o frase en el índice. Visite [MLN Matters[®] Articles Web page](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/2004-2011-Article-Index.pdf) o <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/2004-2011-Article-Index.pdf> para un índice completo de artículos publicados desde el 2004.

Nuevos y revisados panfletos “Guided Pathways” (básico, A & B, y específico del proveedor)

El currículo revisado de *MLN “Guided Pathways”* está diseñado para permitir a los estudiantes identificar fácilmente y seleccionar los recursos al hacer clic en los temas de interés. El currículo comienza con conocimiento básico para todos los proveedores y luego continúa con información para aquellos que se inscriben en los formularios 855B, I, y S o en el formulario 855A (o los equivalentes de PECOS basado en Internet). El nuevo panfleto de recurso del *MLN Guided Pathways Provider Specific* provee varias especialidades de profesionales del cuidado de la salud, suplidores, y proveedores con recursos específicos a su especialidad incluyendo los manuales electrónicos de CMS (IOM), publicaciones del *Medicare Learning Network*[®], páginas Web de CMS, y más.



Existen cuatro panfletos de recurso incluidos en la serie:

1. [MLN Guided Pathways to Medicare Resources – Basic Curriculum for Healthcare Professionals, Suppliers, and Providers](#) (abril de 2011, PDF)
2. [MLN Guided Pathways to Medicare Resources Intermediate Curriculum for Healthcare Providers](#) (Parte A – abril de 2011, PDF)
3. [MLN Guided Pathways to Medicare Resources Intermediate Curriculum for Healthcare Professionals and Suppliers](#) (Parte B – abril de 2011, PDF)
4. [MLN Guided Pathways to Medicare Resources Provider Specific](#) (abril de 2011, PDF)

Todos los panfletos *Guided Pathways* del MLN arriba pueden ser localizados en http://www.CMS.gov/MLNEdWebGuide/30_Guided_Pathways.asp.

Revisado el adiestramiento basado en Internet “World of Medicare”

El curso de adiestramiento basado en Internet (WBT) “*World of Medicare*” ha sido revisado (desde enero de 2011). Está diseñado para los profesionales del cuidado de la salud que quieren entender lo fundamental del programa de Medicare y cubrir Medicare Parte A, Parte B, Parte C, y Parte D; identificar las opciones de seguro del beneficiario de Medicare; elegibilidad e inscripción; también entender cómo Medigap y Medicaid trabajan con el programa de Medicare. Este curso WBT ofrece créditos de educación continua; vea la descripción del curso para detalles.

Continúa en la página siguiente

Actualización...(continuación)

Para acceder el curso de adiestramiento, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque en su pantalla "Related Links Inside CMS", seleccione "Web-Based Training (WBT) Modules", y luego seleccione "World of Medicare (Developed: January 2010 / Revised January 2011)" de la lista de adiestramientos provistos.

Revisado el adiestramiento basado en Internet "Your Office in the World of Medicare"

El curso de adiestramiento en línea (WBT) "Your Office in the World of Medicare" ha sido revisado (desde febrero de 2011). Está diseñado para proveer educación sobre los fundamentos del programa de Medicare, e incluye información sobre las Partes A, B, C, y D; las opciones de seguro de salud del beneficiario; elegibilidad e inscripción; y cómo Medigap y Medicaid trabajan con el programa de Medicare. Este curso WBT ofrece créditos de educación continua; vea la descripción del curso para detalles.

Para acceder el curso de adiestramiento, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque en su pantalla "Related Links Inside CMS", seleccione "Web-Based Training (WBT) Modules", y luego seleccione "Your Office in the World of Medicare (Developed: January 2010 / Revised February 2011)" de la lista de adiestramientos provistos.

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

Fuente: CMS PERL 201105-39

Hoja informativa CERT

Comprehensive Error Rate Testing Evaluation and Management Services: Overview

Una nueva publicación titulada *Comprehensive Error Rate Testing (CERT) – Evaluation and Management (E/M) Services: Overview* está ahora disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Evaluation_Management_Fact_Sheet_ICN905363.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los servicios de evaluación y manejo a los proveedores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare, e incluye información sobre la documentación necesaria para sustentar una reclamación presentada a Medicare por servicios médicos.

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

Fuente: CMS PERL 201105-39

Panfleto revisado How to Search the Medicare Coverage Database

La publicación titulada *How to Search the Medicare Coverage Database* (revisada en abril de 2011) está ahora disponible en formato descargable del Medicare Learning Network®. La publicación fue diseñada para proveer educación sobre cómo usar el Medicare Coverage Database (MCD) e incluye una explicación de la base de datos y cómo utilizar la búsqueda, índices y reportes, y funciones de descarga.

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

Fuente: CMS PERL 201105-39

Comentarios sobre artículos MLN Matters

Sus comentarios son importantes para los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). CMS utiliza sus sugerencias para ayudar a mejorar sus artículos de *MLN Matters*®, para que cumplan mejor con sus necesidades educacionales. Para evaluar los artículos de *MLN Matters*®, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/85_Opinion.asp, seleccione "MLN Evaluations" de la sección "Related Links Inside CMS", y luego seleccione "MLN Matters Articles" de la lista de productos. Envíe cualquier comentario o sugerencia sobre los artículos de *MLN Matters*® a htMLN@cms.hhs.gov

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

Fuente: CMS PERL 201106-23

Proteger la identidad al utilizar PECOS

La hoja informativa titulada “*How to Protect Your Identity Using the Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS)*” ha sido revisada y ahora puede ser descargada del *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_ProfID_FactSheet_ICN905103.pdf. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación e instrucciones paso a paso sobre la protección de identidad cuando se utiliza provider enrollment, chain, and ownership system (PECOS) basado en Internet.

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

Fuente: CMS PERL 201106-23

Guía de servicios preventivos de Medicare

“*The Guide to Medicare Preventive Services, Fourth Edition*”, la cual está diseñada proveer educación sobre los beneficios preventivos de Medicare, ha sido actualizada para reflejar las provisiones del *Affordable Care Act* y puede ser descargada libre de costo del *Medicare Learning Network*®. Para ver, imprimir, o descargar este producto, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MPS_guide_web-061305.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201106-23

Lo que usted debe saber sobre los GEM (General Equivalence Mappings) y la congelación parcial del código

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) crearon la versión nacional de los GEM para asegurar que la consistencia en los datos nacionales es mantenida. Los GEM son herramientas que actúan principalmente como una tabla de referencia entre los códigos ICD-9 y ICD-10. Usted puede buscar un código ICD-9 y ser provisto con el ICD-10 más apropiado que concuerda y vice versa. No son un sustituto para aprender los nuevos códigos ICD-10; sin embargo, pueden asistir a los usuarios haciendo lo siguiente:

- Listas de traducción de códigos, tablas de códigos, u otros datos codificados
- Convirtiendo un sistema o aplicación que contiene los códigos ICD-9-CM
- Crear un mapa aplicado “uno a uno” (tabla de referencia) entre los conjuntos de códigos que serán usados en un forma continua para traducir registros u otros datos codificados
- Estudiar las diferencias en significado entre los sistemas de clasificación ICD-9-CM y los sistemas de clasificación ICD-10-CM/PCS al mirar las entradas GEM para un código dado o área de clasificación

Los GEM 2011, están publicados en el sitio Web de CMS ICD-10. Como recordatorio, si usted planea utilizar un GEM, por el *Affordable Care Act*, usted debe utilizar los GEM publicados en el sitio Web de CMS.

Para más información sobre los GEM, busque en [GEMs fact sheet](#) y en [GEMs Web pages](#) del sitio Web de ICD-10.

Congelación parcial del código

Debido a que las continuas actualizaciones y cambios a los conjuntos de códigos existentes tienen el potencial de hacer difícil la transición a ICD-10, CMS estará implementando una congelación parcial del código el 1 de octubre de 2011. Este es el último día para las actualizaciones regulares para los conjuntos de código ICD-9 y ICD-10.

Comenzando el 1 de octubre de 2012, habrá solamente actualizaciones limitadas de código a los conjuntos de códigos ICD-9-CM y ICD-10 para capturar nueva tecnología y nuevas enfermedades. No habrá actualizaciones al ICD-9-CM el 1 de octubre de 2013, puesto que el sistema no será más un estándar de HIPAA.

Manténgase al día con la versión 5010 y ICD-10

¡Visite www.cms.gov/ICD10 para las últimas noticias y recursos para ayudarle a prepararse!

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

Fuente: CMS PERL 201105-38

Listserv de productos educacionales

Actualizaciones del MLN Learning Network®

¿Deseas estar entre los primeros en saber sobre los productos y recursos nuevos y actualizados del *Medicare Learning Network*® (MLN)? El Listserv de productos educacionales del MLN es para usted.

Al unirse a este *Listserv* usted recibirá las últimas noticias sobre los productos nuevos y revisados del MLN incluyendo información sobre temas relacionados a Medicare tales como inscripción del proveedor, servicios preventivos, procesamiento de reclamaciones, conformidad del proveedor, políticas de pago, y el programa de exhibición para el proveedor del MLN. Los productos MLN son creados en una variedad de formatos, tales como hojas informativas, folletos, tablas de referencia rápida, podcasts, y cursos de adiestramiento en línea, para cumplir su estilo preferido de aprendizaje.

Para suscribirse, vaya a <http://list.NIH.gov/searchlsv.html> y busque "MLN". Seleccione "MLN_EDUCATION_PRODUCTS-L", siga las instrucciones para obtener una contraseña. Una vez usted crea una contraseña, usted podrá suscribirse a una lista y cambiar sus opciones de suscripción.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) esperan que usted se una a la familia del *Medicare Learning Network*®. Si usted tiene alguna pregunta, contacte MLN@cms.hhs.gov.

Nueva publicación Introduction to the Medicare Program

Un nuevo folleto titulado *Introduction to the Medicare Program* está ahora disponible en el *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Introduction_to_Medicare_ICN906285.pdf. Esta publicación está diseñada para proveer educación sobre el programa de Medicare, otros planes de seguro médico, y organizaciones de interés para los proveedores y beneficiarios.

Hoja informativa Telehealth Services ahora está disponible en formato impreso

La publicación titulada *Telehealth Services* (marzo de 2011) está ahora disponible en formato impreso en el *Medicare Learning Network*®. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre servicios prestados a los beneficiarios elegibles de Medicare vía un sistema de telecomunicaciones incluyendo sitios en los que se originan, practicantes en sitios distantes, servicios *telehealth*, facturación y pago para los servicios profesionales prestados vía *telehealth*, y facturación y pago para la tarifa del centro del sitio donde se origina. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque "Related Links Inside CMS", y seleccione "MLN Product Ordering Page".

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

Fuente: CMS PERL 201106-35

A prepararse para la versión 5010

Artículo trimestral de ICD-10 recuerda a la industria esta necesidad

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están comprometidos a ayudar a la industria con la transición a la versión 5010 y ICD-10. Cada trimestre, CMS contribuye una columna sobre la transición a la versión 5010 y ICD-10 en la publicación de la American Health Information Management Association (AHIMA) ICD-TEN.

Nuestro nuevo artículo, *Will You Be Ready? This Month's Message from CMS*, publicado en la edición de junio de esta semana, se enfoca en la información importante sobre la transición a la versión 5010 y habla sobre la preparación de la industria.

La versión 5010 está solamente a medio de año de distancia, así que reviese el artículo para enterarse más sobre los pasos que usted puede tomar para alcanzar conformidad. Adicionalmente, el artículo ofrece un adelanto a nuevos recursos y herramientas que CMS está desarrollando para ayudar en la preparación de la industria para las transiciones. Manténgase atento para su debut en las próximas semanas.

Manténgase al día en la versión 5010 y ICD-10

¡Visite www.cms.gov/ICD10 para enterarse de las últimas noticias y recursos que le ayudarán a prepararse!

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

Fuente: CMS PERL 201106-46

Nuevo “fast fact” disponible en la página Web de Provider Compliance en el MLN

Un nuevo “fast fact” ha sido añadido al *Medicare Learning Network*® (MLN) [Provider Compliance Web page](#), el cual contiene materiales educativos de tarifa por servicio (FFS) de Medicare para el proveedor y ayudarle a entender -- y evitar -- errores comunes de facturación y otras actividades impropias identificadas a través de los programas de revisión de reclamación. ¡Usted puede revisar los consejos o asuntos de conformidad relevantes del proveedor y acciones correctivas directamente de esta página Web – y asegúrese de marcar la página y revisar frecuentemente puesto que un nuevo “fast fact” será añadido cada mes!

Hoja informativa revisada Information and Education Resources for Medicare Fee-For-Service Healthcare Providers

La hoja informativa *Information and Education Resources for Medicare Fee-For-Service Healthcare Providers* (revisada en mayo de 2011) ahora está disponible para descargar en

http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/FFS_health_care_professionals_fact_sheet.pdf. Esta hoja informativa detalla la información y recursos de educación que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado para ayudar a cumplir las necesidades del negocio de Medicare de los médicos FFS y otros profesionales del cuidado de la salud.

Folleto Mental Health Services disponible en formato impreso

Una nueva publicación titulada *Mental Health Services* ahora está disponible en formato impreso en el *Medicare Learning Network*®. Este folleto está diseñado para proveer educación sobre los servicios de salud mental, incluyendo los servicios de salud mental cubiertos, servicios de salud mental que no están cubiertos, profesionales elegibles, servicios ambulatorios de hospital psiquiátrico, y servicios psiquiátricos de hospitalización. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque “*Related Links Inside CMS*”, y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”. Una página de errata, la cual provee correcciones o cambios que han sido identificados desde la implementación de la publicación, está disponible en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Errata_Sheet-Mental_Health_Services_ICN903195.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201106-41

Folleto sobre el examen de HIV

El folleto “*Human Immunodeficiency Virus (HIV) Screening*”, el cual está diseñado para proveer educación sobre los exámenes de HIV cubiertos por Medicare, está ahora disponible en formato para descargar, libre de costo, del *Medicare Learning Network*®. Para ver, imprimir, o descargar el folleto, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/HIV_brochure_ICN905713.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201106-41

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.

Junio 27 es el Día Nacional de Prueba del HIV

Hágase la prueba – tome control

El Día Nacional de Prueba del HIV (NHTD) es un evento organizado por la [National Association of People with AIDS \(NAPWA\)](#) en asociación con otras entidades nacionales y locales en todo el país. El 17a NHTD anual toma lugar este año el lunes, 27 de junio, como parte de un esfuerzo continuo para combatir la epidemia creciente del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) al enseñar a aquellos en riesgo las razones poderosas de enterarse de su estatus de HIV. Esta iniciativa es la única en que el mensaje “hágase la prueba, tome control” viene directamente de aquellos que ya viven con HIV.

Mientras que la epidemia de HIV cumple 30, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a la comunidad del cuidado de la salud que Medicare provee cobertura para la prueba de HIV para los beneficiarios de Medicare en riesgo mayor para la infección de HIV basado en las recomendaciones del *Preventive Services Task Force* (USPSTF) de los Estados Unidos y sujetas a las directrices de cobertura y elegibilidad.

¿Qué puede hacer usted?

CMS exhorta a los proveedores de Medicare a ayudar a la causa de educar a las personas mayores y otros beneficiarios sobre los varios servicios preventivos cubiertos por Medicare; para los beneficiarios en riesgo, utilice sus visitas de oficina como una oportunidad de informar a sus pacientes sobre los beneficios del examen de HIV. Medicare provee cobertura para el examen de HIV como un beneficio de Medicare Parte B; los beneficiarios elegibles pueden recibir este servicio sin costo alguno (no coseguro, copago, o deducible). (Los beneficiarios con cualquier diagnóstico anterior de enfermedad relacionada a HIV no son elegibles para esta prueba de detección.)

Información adicional

- *CMS national coverage determination – NCD for screening for HIV*
- *Medicare Learning Network’s “Guide to Medicare Preventive Services”*
- *MLN Matters article MM6786, “Screening for HIV”*
- *MLN’s “HIV Screening” brochure*
- *US Preventive Services Task Force (USPSTF) – Screening for HIV Recommendation Statement*
- *Department of Health & Human Services – National HIV Testing*
- *NAPWA National HIV Testing Day*

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

Fuente: CMS PERL 201106-44

Disponibles nuevos podcasts de ICD-10 2012

De la teleconferencia nacional del 12 de enero

¿Limitado de tiempo? CMS ha creado cuatro nuevos *podcasts* del audio de la teleconferencia nacional del 12 de enero sobre “*Preparing for ICD-10 Implementation in 2011*”. Estos *podcasts* son perfectos para la oficina, el carro, o cualquier sitio que usted lleve un reproductor multimedia portátil.

1. Bienvenida y una perspectiva general de ICD-10 – Pat Brooks, CMS
2. Estrategias de implementación para el 2011 – Sue Bowman, AHIMA
3. Sesión de preguntas y respuestas, parte 1
4. Sesión de preguntas y respuestas, parte 2

Estos podcasts ahora están disponibles en

<http://www.CMS.gov/ICD10/Tel10/itemdetail.asp?itemID=CMS1242831>

en la sección de “Downloads” al final de la página. Escuche los cuatro o solamente los que se ajustan a sus necesidades.

Continúa en la página siguiente

Disponibles...(continuación)

Ahora disponibles los archivos del sistema de codificación de procedimiento ICD-10 2012

CMS ha publicado los archivos sobre el nuevo sistema de codificación de procedimiento, ICD-10-PCS, que ha sido desarrollado como un reemplazo para el ICD-9-CM, volumen 3. Estos archivos están disponibles en la página Web de ICD-10-PCS 2012 en http://www.CMS.gov/ICD10/11b15_2012_ICD10PCS.asp, en la sección de "Downloads" al final de la página.

Pronto por venir "ICD-10-PCS GEM Mappings and Reimbursement Mappings":

- "2012 ICD-10-PCS GEM Mappings" serán publicados en octubre de 2011
- "2012 ICD-10-PCS Reimbursement Mappings" serán publicados en diciembre de 2011

El archivo "2011 ICD-10-CM Code Descriptions in Tabular Order" también está disponible:

CMS también ha publicado una lista de las descripciones de código ICD-10-CM 2011 en orden tabular -- el orden en el cual las descripciones de código ocurren en el libro de código. Esta nueva versión de orden tabular de ICD-10-CM ayudará a aquellos que desean identificar un rango de códigos y asegurarse de que han identificado correctamente todos los códigos dentro del rango. El archivo "2011 Code Descriptions in Tabular Order" ahora está disponible en la página Web de ICD-10-CM 2011 y GEM en http://www.CMS.gov/ICD10/11b1_2011_ICD10CM_and_GEMs.asp, en la sección de "Downloads" al final de la página.

¿Se está preparando su organización para una transición sin problemas a ICD-10 el 1 de octubre de 2013? El sitio Web [CMS ICD-10](#) es un recurso valioso de ayuda que le ayudará a prepararse para el cambio en la industria del cuidado de la salud de ICD-9 a ICD-10 para el diagnóstico médico y codificación de procedimiento de hospitalización; revise frecuentemente para enterarse de las últimas noticias, recursos, fechas límites de conformidad, e información de la teleconferencia. Y mientras visita el sitio, inscríbese a [CMS ICD-10 Industry Email Updates](#) para recibir la última información sobre la transición y nuevo contenido del sitio Web.

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

Fuente: CMS PERL 201106-42

Intercambio Electrónico de Datos

Pruebe su implementación de versión 5010

El plazo de implementación de versión 5010 vence el domingo 1 de enero de 2012, aproximadamente en seis meses más. **Todas las entidades cubiertas por HIPAA deben prepararse para esta transición, incluyendo pruebas externas con todas las partes interesadas** (proveedores, casas de facturación y vendedores), para asegurar cumplimiento dentro del plazo.

Para cooperar con estos esfuerzos, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) junto con el programa pago de servicios mediante-tarifa-fija de Medicare, están teniendo un día nacional de prueba de 5010. Este día será una oportunidad para que las partes interesadas prueben los esfuerzos de cumplimiento, con el beneficio agregado de apoyo en tiempo real, con acceso inmediato y directo a los contratistas administrativos de Medicare (MAC).

El miércoles 24 de agosto ha sido fijado como el día nacional de prueba de versión 5010. CMS espera que todas las partes interesadas participen de modo que puedan tener una transición a tiempo y sin dificultades a la versión 5010.

El día de prueba ayudará a facilitar una mejor comprensión de los protocolos de prueba de MAC y la transición a versión 5010; esto no significa que se impida a las partes interesadas realizar pruebas de cumplimiento anticipadas. **Se insta a todas las partes interesadas a comenzar a trabajar lo más pronto posible, en la prueba de transacciones con su MAC respectivo.**

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

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

Fuente: CMS PERL 201106-31

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.

Anuncios

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

Recordatorios

Anuncios

[Versions 5010 & D.0 FAQs now available](#)

[National Testing Day message now available](#)

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

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

Evaluación de preparación

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

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

[Do you know the implications of not being ready?](#)

Calendario de implementación

Eventos actuales

Julio 2011

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

Próximos eventos

Agosto 2011

24 de agosto: National MAC testing day

31 de agosto: CMS-hosted Medicare fee-for-service national call – MAC panel questions & answers

Octubre 2011

5 de octubre: MAC hosted outreach and education sesión – 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](#)

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 \(COB\)](#)

Continúa en la página siguiente

HIPAA...(continuación)

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: *Healthcare Information and Management Systems Society (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 de 2011

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

25 de mayo: *Medicare fee-for-service national call – call to action – test*

Junio 2011

15 de junio: Día Nacional de Pruebas MAC

Para información de teleconferencias nacionales más anteriores, visite [5010 National Calls section of CMS' versions 5010 & D.O. Web page](#)

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

* 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.

Fuente: CMS PERL 201106-11

Nuevas FAQ sobre HIPAA versión 5010

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado 18 nuevas preguntas frecuentes (FAQ) sobre la implementación de la versión 5010, y un documento en formato PDF (*portable document format*) que contiene 27 preguntas y respuestas (Q&A) específicas a la teleconferencias nacional del proveedor sobre 5010 presentada por CMS el miércoles, 30 de marzo sobre las pruebas del proveedor y preparación. Para revisar estas FAQ, visite la base de datos de FAQ de CMS en <http://questions.CMS.hhs.gov> y busque "5010" (o utilice un [enlace directo a los resultados de la búsqueda de "5010"](#)), o vaya directamente a las [Q&A específicas de la teleconferencia nacional del proveedor sobre las pruebas del proveedor y preparación del 30 de marzo](#).

Revise la base de datos de las FAQ de CMS regularmente para enterarse de la información publicada recientemente o actualizada relacionada a 5010.

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

Fuente: CMS PERL 201105-41

Guías para aceptar y procesar reaperturas Vía un portal de Internet seguro/aplicación

Número de *MLN Matters*: MM7420
 Número de petición de cambio relacionado: 7420
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de junio de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2241CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Efectivo el 1 de octubre de 2011, los contratistas podrán aceptar solicitudes de reapertura iniciadas por el demandante vía un portal de Internet seguro/aplicación.

Medicare tendrá un número de requisitos para los contratistas de Medicare que utilizan un portal de Internet seguro/aplicación para reapertura, los cuales incluyen medidas de seguridad y tener procedimientos específicos preparados.

- Los contratistas también proveerán educación adecuada para las partes participantes:
- Sobre las capacidades/limitaciones del sistema antes de implementar y utilizar el portal seguro, y

Recordarles que la participación/inscripción en el portal/aplicación segura es a su discreción y que ellos tienen la responsabilidad de la autenticidad de la información siendo atestiguada en la petición.

Nota: Los contratistas de Medicare puede que no requieran que usted radique una reapertura vía un portal de Internet seguro/aplicación. Los contratistas no están obligados a ofrecer esta función electrónica.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7420.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7420, 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/R2241CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2241, CR 7420

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

CMS anuncia pruebas de versión 5010

Días nacionales de prueba: miércoles 15 de junio y miércoles 24 de agosto

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 (FFS) 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 días nacionales de prueba, el miércoles 15 de junio y miércoles 24 de agosto de 2011. Estos días son 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 los días nacionales 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,

Continúa en la página siguiente

CMS...(continuación)

hay varias agencias estatales de Medicaid que participarán los días nacionales de prueba de versión 5010; también habrá más detalles de parte de ellas.

Nuevamente, los días nacionales de prueba de versión 5010 no impiden 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.

CMS espera que todas las partes asociadas se nos unan el miércoles 15 de junio y miércoles 24 de agosto 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 201106-18

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

Número de *MLN Matters*: MM7456

Número de petición de cambio relacionado: 7456

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de junio de 2011

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2243CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

El Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) exige que todos los pagadores de beneficio del cuidado de la salud utilicen solamente los códigos de categoría de estatus de reclamación y los códigos de estatus de reclamación aprobados por el *National Uniform Claim Committee* en el formato de solicitud y respuesta de estatus de reclamación del cuidado de la salud X12 276/277 adoptado como el estándar para el uso nacional (004010X093A1). Estos códigos explican el estatus de las reclamaciones presentadas. Los códigos de propiedad puede que no sean usados en el X12 276/277 para reportar el estatus de reclamación.

Todos los cambios al código aprobados durante la reunión del comité de octubre de 2011, serán publicados en ese sitio el 1 de noviembre de 2011, o cerca de esa fecha.

Los contratistas deben implementar los siguientes cambios para el 3 de octubre de 2011:

- Ingrese todos los cambios de texto de código aplicables y nuevos códigos
- Cese el uso de los códigos desactivados.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7456.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7456, 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/R2243CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2243, CR 7456

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

Centros de Enfermería Especializada

Actualización trimestral de códigos HCPCS

Actualización de octubre de 2011 de códigos HCPCS de imposición de facturación consolidada a SNF

Número de *MLN Matters*: MM7444

Número de petición de cambio relacionado: 7444

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de junio de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2237CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la orden de cambio (CR) 7444, que provee códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de la actualización trimestral de octubre de 2011 para la imposición de facturación consolidada (CB) a centros de enfermería especializada (SNF). CR 7444 ordena a los mantenedores del sistema Medicare, agregar el código HCPCS J0894 (inyección, decitabine, 1 mg) a la lista de códigos del Archivo 1 para SNF CB y de Major III. Una lista de servicios de quimioterapia en los archivos de intermediario fiscal (FI)/A/B contratista administrativo de Medicare (MAC), para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7444.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7444, 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/R2237CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2237, CR 7444

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

Centros de Rehabilitación

Hoja informativa ‘CERT’

Comprehensive Error Rate Testing: Outpatient Rehabilitation Therapy Services’

Una nueva publicación titulada

[Comprehensive Error Rate Testing \(CERT\) – Outpatient Rehabilitation Therapy Services](#) está ahora disponible en el *Medicare Learning Network*[®]. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los servicios de terapia de rehabilitación ambulatoria para los proveedores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare, e incluye información sobre la documentación necesaria para sustentar una reclamación presentada a Medicare por servicios médicos.

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

Fuente: CMS PERL 201106-41

Información General

Hasta \$500 millones... Continuación de la página 1

En adición a Hospital Engagement Contractors, CMS también trabajará con otros contratistas para desarrollar y compartir ideas y prácticas que mejoren la seguridad del paciente. Estos esfuerzos incluyen trabajar con pacientes y familias para entender sus pensamientos sobre cómo mejorar la seguridad del paciente realizar las transiciones entre diferentes ambientes del cuidado de la salud – tal como cuando un paciente es dado de alta de un hospital a un centro de enfermería.

Estos contratos hacen disponibles el primer episodio de fondos – los cuales totalizarán hasta \$500 millones – que el Innovation Center se ha comprometido con este esfuerzo. Las solicitudes para propuestas están disponibles en el sitio Web de Federal Business Opportunities en <https://www.fbo.gov/> (número de solicitud APP111513).

Cuando el *Partnership for Patients* fue anunciado, la administración Obama se comprometió hasta con un \$1 billón de fondos en el Affordable Care Act para ayudar a lograr sus dos metas; a la hora del anuncio, hasta \$500 millones fueron disponibles a través del *Community-based Care Transitions Program* para asegurar la transición segura de los pacientes entre los ambientes del cuidado de la salud. El anuncio de hoy hace disponible el comienzo de \$500 millones adicionales en fondos de Innovation Center para ayudar a reducir las condiciones adquiridas del cuidado de la salud y reducir readmisiones innecesarias.

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

Fuente: CMS PERL 201106-45

Recuperación del sobrepago en la remesa

Nota: El artículo MM6870 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en *Medicare A y B Al Día* en marzo de 2011 (página 10) y en mayo de 2011 (página 23).

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

Calidad de cuidados médicos

Otro gran esfuerzo para dar a consumidores y empleadores una mejor información acerca de calidad de cuidados médicos

Disposición de *Affordable Care Act* da una nueva oportunidad de uso de reclamaciones de Medicare y del sector privado para evaluar el desempeño de suplidores, médicos y otros profesionales de la salud

El viernes 3 de junio, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) propusieron reglas que darán a consumidores y empleadores, la oportunidad de seleccionar en su área, médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud, de mayor calidad y a menor costo. Las nuevas reglamentaciones permitirán acceso a los datos reservados de pacientes de Medicare para producir reportes públicos de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud, a organizaciones que cumplan determinados requisitos. Estos reportes combinarán datos de reclamaciones del sector privado y de Medicare con la finalidad de identificar los médicos y hospitales que proveen cuidados de alta calidad y costo-eficientes. Esta iniciativa forma parte de un amplio esfuerzo de la Administración Obama, de mejorar los cuidados y abaratar los costos, lo que ha sido posible gracias a la *Affordable Care Act*.

El administrador de CMS, Donald M. Berwick, MD, manifestó que “el hacer disponibles más datos de Medicare hará más fácil a empleadores y consumidores la toma de decisiones inteligentes acerca del cuidado de su salud” y agregó “los reportes de desempeño que incluyen datos de Medicare, darán como resultado cuidados de mayor calidad y más costo-eficientes. Y harán que nuestro sistema de cuidados de la salud promueva una competencia más transparente y a un costo menor”.

Los empleadores, consumidores, proveedores y organizaciones de mediciones de calidad, se han visto frustradas por muchos años con la limitada y pobre disponibilidad de datos de reclamaciones del cuidado de la salud. Esta situación ha llevado a muchos planes de salud a crear reportes de desempeño basados solamente en las reclamaciones pertenecientes a su propio plan de salud, lo que con frecuencia representa solamente una pequeña parte del total de la práctica del proveedor. Los proveedores pueden recibir de diferentes aseguradores, múltiples reportes algunas veces contradictorios. A menudo, los proveedores no pueden apelar o corregir lo que perciben como resultados inexactos en estos reportes. A veces estos factores conducen a reportes que ni proveedores ni consumidores estiman que pueden utilizar.

Esta regla intenta cambiar el escenario de mediciones de calidad de manera tal de incrementar la transparencia para todas las partes interesadas. “Entidades calificadas” que tengan la capacidad de procesar con los datos de manera exacta y segura, deberán combinar los datos de las reclamaciones de Medicare provistas por CMS, con los provenientes

de reclamaciones del sector privado, con la finalidad de producir reportes de calidad que sean más representativos de la manera en que se desempeñan tanto los proveedores como los suplidores. Estos reportes ayudarán a empleadores y consumidores, a entender más acerca del desempeño relativo de médicos y otros proveedores en su área. Además, estas reglas incluyen requisitos estrictos de seguridad y privacidad a las entidades que manejan datos de reclamaciones de Medicare.

Este nuevo programa proveerá para las actividades siguientes:

- CMS proveerá a las entidades calificadas, extractos estandarizados de datos de reclamaciones de Medicare de Parte A, B y D. Los datos pueden ser utilizados solamente para evaluar el desempeño de proveedores y suplidores y generar reportes públicos con el detalle de estos resultados.
- Los datos provistos a entidades calificadas cubrirán una o más áreas geográficas especificadas.
- Las entidades calificadas, harán un pago que cubrirá los costos incurridos por CMS al hacer disponibles los datos.
- Para recibir datos de reclamaciones de Medicare, las entidades calificadas deberán tener datos de reclamaciones provenientes de otras fuentes. Los datos combinados de fuentes múltiples crearán un cuadro más preciso del desempeño del proveedor y del suplidor.
- El reportar públicamente los resultados calculados por la entidad calificada es importante para la transparencia de del cuidado de la salud y para fortalecer al consumidor. Para evitar errores, las entidades calificadas deben compartir los resultados de manera confidencial con los proveedores y suplidores con anterioridad de su entrega al público. Esto da a proveedores y suplidores la oportunidad de revisar los reportes y hacer las correcciones necesarias.
- Los reportes públicos tendrán solamente información resumida, lo que significa que los datos personales de un paciente/beneficiario no serán compartidos ni estarán disponibles.
- Durante el procesamiento de las solicitudes, las entidades calificadas tendrán que demostrar sus respectivas capacidades de manejar el acceso, uso y seguridad de los datos de reclamaciones de Medicare. Las entidades calificadas estarán sujetas a un procedimiento estricto de seguridad y privacidad.

Continúa en la página siguiente

Calidad...(continuación)

- CMS continuará monitoreando las entidades calificadas y aquellas que no sigan estos procedimientos arriesgan sanciones, incluyendo su eliminación del programa.

Se reciben con mucho agrado los comentarios pertinentes a este conjunto de reglas propuestas.

Estas reglas propuestas son el próximo paso en nuestros esfuerzos por mejorar la calidad del cuidado de la salud y asegurar que los consumidores tengan acceso a la mayor información disponible, utilizando nuevas e importantes herramientas provistas por la *Affordable Care Act*. La iniciativa de compra basada-en-valor por parte del hospital, recompensará a los hospitales por la calidad de la atención médica que proveen a la gente con Medicare y ayudarán a reducir los costos del cuidado de la salud. Esta iniciativa estará basada solamente en mediciones de calidad que los hospitales han estado reportando desde 2004 al *Hospital Inpatient Quality Reporting* y esa información está puesta en el sitio Web [Hospital Compare](#). *Partnership for Patients* está uniendo hospitales, médicos, enfermeras, farmacéuticos, empleadores, gremios y gobierno federal y los gobiernos estatales en el compromiso de proteger a los pacientes de lesiones o enfermedades en el sistema de cuidados de la salud y mejorar la

transición entre escenarios de cuidados médicos. CMS hará una inversión de \$1 billón de dólares para llevar adelante estos cambios. Además, las reglas propuestas permitirán a Medicare pagar nuevas organizaciones responsables de cuidados de la salud (ACO) a mejorar la coordinación de las atenciones al paciente y se espera que también esto resulte en un cuidado mejor a menor costo. La regla propuesta complementará el esfuerzo total de la administración Obama, en sentido de mejorar la calidad, bajar los costos y mejorar la salud al proveer a los consumidores y empleadores un cuadro más preciso del desempeño de los proveedores y suplidores

La regla propuesta puede verse en [Office of the Federal Register](#).

A partir del 8 de junio, la fecha de “publicación” en *Federal Register*, notificación de reglamentación propuesta (NPRM) no aparecerá en la línea de más arriba. En su lugar, usted deberá acceder [link for published rules](#) en el *Federal Register*.

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

Fuente: CMS PERL 201106-14

Proveedores que ordenan/refieren

Recuerde: No hay fecha establecida para revisión de reclamaciones de proveedores que ordenan/refieren

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) todavía no han determinado cuando comenzará la revisión expandida de reclamaciones de proveedores que ordenan/refieren. Estas reclamaciones corresponden a proveedores que ordenan/refieren que no están registrados en el sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS). Como se ha establecido previamente, CMS notificará a los proveedores con un largo tiempo de anticipación antes de comenzar la revisión de estas reclamaciones.

Para información acerca de estos requisitos para facturar servicios ordenados/referidos, revise la hoja informativa *Medicare Learning Network's Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers* en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_OrderReferProv_FactSheet_ICN906223.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201106-14

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.

Noticias sobre servicios preventivos CMS

Comparta las noticias; comparta la salud -- comienza campaña de prevención de CMS

Ayude a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) a propagar las noticias sobre los beneficios importantes de los servicios preventivos de Medicare, incluyendo la nueva visita anual de bienestar (AWV). Desde el 1 de enero de 2011, el *Affordable Care Act* permite cobertura de nuevos beneficios importantes para los beneficiarios de Medicare, incluyendo la adición de AWV gratis. Esta cobertura expandida permite a los médicos proveer planes de servicios de prevención personalizados que considera los servicios preventivos apropiados por edad disponibles a todos los beneficiarios de Medicare y servicios adicionales que pueden ser apropiados a las necesidades individuales del paciente.

Nota: Medicare provee cobertura de AWV como un beneficio de Medicare Parte B. El beneficiario pagará nada por el AWV puesto que no existe coseguro o copago y ningún deducible de Medicare Parte B para estos beneficios.

Recursos sobre la visita de bienestar anual

El *Medicare Learning Network*[®] es su fuente de productos educacionales sobre la política de Medicare. Muchos productos están disponibles para ayudarlo a entender los componentes del AWV e incluye información sobre cobertura, codificación, facturación, reembolso, y procedimientos de presentación de reclamaciones.

- *Quick Reference Information: The ABCs of Providing the Annual Wellness Visit*
- *MLN Matters Article MM7079: "Annual Wellness Visit (AWV), Including Personalized Prevention Plan Services (PPPS)"*
- Visite el *Medicare Learning Network® Preventive Services Web page* para una lista completa de los productos disponibles para los proveedores y suplidores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare.
- *Materiales para ordenar* que usted y sus pacientes pueden utilizar para comenzar la conversación sobre los servicios preventivos de Medicare, incluyendo "Questions to Ask about Medicare Preventive Services".

¿Deseas aprender más y escuchar de los expertos de CMS?

Marque la fecha: Una teleconferencia nacional sobre "The ABCs of the Initial Preventive Physical Examination and Annual Wellness Visit" a ser presentada el jueves, 21 de julio.

Más personas con Medicare reciben cuidados preventivos gratis

El 20 de junio, CMS publicó un [nuevo reporte](#) mostrando que más de 5 millones de americanos con Medicare tradicional – o cerca de una de cada seis personas con Medicare -- aprovechó de uno o más de los beneficios preventivos recomendados ahora disponibles gratuitamente gracias al *Affordable Care Act*. De acuerdo al reporte, más de 5.5 millones de beneficiarios en Medicare tradicional usaron uno o más de los beneficios preventivos ahora cubiertos sin compartir el costo, incluyendo, más prominentemente, mamogramas, exámenes de densidad ósea, y exámenes de cáncer de próstata.

Este anuncio viene durante el Mes de Prevención & Bienestar, mientras la administración Obama enfatiza los anuncios, actividades, y consejos que ayudarán a los americanos a obtener salud y mantenerse saludables.

Un comunicado de prensa completo sobre este tema puede encontrarse en <http://www.CMS.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=3987>.

Nueva consejería de salud sobre servicios preventivos disponibles de Medscape

Para aquellos que no están enterados, CMS ha comenzado a trabajar con Medscape.org para diseminar información educacional de interés a la comunidad del proveedor del cuidado de la salud tan amplia y efectivamente como sea posible. La membresía en Medscape es gratuita, pero usted debe inscribirse para ver el contenido; usted no tiene que ser un profesional de la salud.



Continúa en la página siguiente

Noticias...(continuación)

Tenga en cuenta que un nuevo Medscape Healthcare Advisory está disponible sobre los servicios preventivos, y puede encontrarse en <http://www.Medscape.org/viewarticle/743624>.

En adición, el Healthcare Reform Destination Page titulada Healthcare Updates: Resúmenes de temas importantes de CMS, fue publicado el 15 de junio, y está disponible en <http://www.Medscape.org/sites/advances/healthcare-updates>. Esta página servirá como un destino para los proveedores, que abarca el contenido de reforma de salud de CMS, actividades de educación médica continua (CME) y otros recursos, e información y enlaces. Esta es una página dinámica que será actualizada cuando contenido adicional sea desarrollado y surjan nuevos temas.

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

Fuente: CMS PERL 201106-44

Fundamento del programa de incentivo EHR

Inscríbese ahora: Teleconferencia nacional sobre los fundamentos del programa de incentivo EHR de Medicare y Medicaid para los profesionales elegibles

Fecha: jueves, 14 de julio

Hora: 1:30-3:00 p.m. ET

¿Sabía usted que los proveedores han recibido sobre \$190 millones en pagos de incentivo del registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid en mayo? No se queda atrás. Aprenda lo que usted necesita hacer para ser elegible para un incentivo. Únase a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para la teleconferencia nacional para los profesionales elegibles (EP) sobre los fundamentos del programa de incentivo EHR.

Agenda

- ¿Es usted elegible?
- ¿Cuánto son los incentivos y cómo son calculados?
- ¿Cómo comenzar?
- ¿Cuáles son las principales metas sobre la participación y pago?
- ¿Cómo usted reporta el uso significativo?
- ¿Dónde usted puede encontrar recursos de gran ayuda?
- Sesión de preguntas y respuestas

Dirigido a

Doctores en Medicina u Osteopatía, Doctores de Cirugía Dental o Medicina Dental, Doctores de Medicina Podológica, Doctores de Optometría, quiroprácticos, enfermeras practicantes, enfermera partera certificada, asistentes médicos (PA) que practican en un centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC)/clínica de salud en zonas rurales (RHC) dirigida por un PA. (**Nota:** Los EP basados en hospital puede que no participen. Un EP está considerado basado en hospital si 90 por ciento o más de los servicios de los EP son realizados en un centro de hospitalización o ambiente de sala de emergencia.) Los profesionales elegibles de Medicaid deben cumplir los criterios de volumen de paciente, proveyendo servicios a aquellos atribuibles a Medicaid o, en algunos casos, personas necesitadas.

Inscripción

Para inscribirse en esta sesión informativa, vaya a: <http://www.eventsvc.com/palmettogba/071411>. **La inscripción cerrará a la 1:30 p.m. ET el 13 de julio de 2011, o cuando los espacios disponibles hayan sido completados.** No se harán excepciones, así que asegúrese de inscribirse antes de esta fecha.

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

Fuente: CMS PERL 201106-40

Estándares de centros de salud mental

Nuevos estándares propuestos por Medicare mejorarán la calidad y seguridad del cuidado de la salud en comunidades de centros de salud mental

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla propuesta el 16 de junio de 2011, que está diseñada para mejorar la calidad y seguridad del tratamiento provisto a más de 25,000 beneficiarios de Medicare que reciben cuidados en comunidades de centros de salud mental (CMHC) cada año.

La notificación de reglamentación propuesta establecería las condiciones de participación (CoPs) para los CMH por primera vez. La regla propuesta incluye estándares de salud y seguridad para los CMHC que participan en el programa de Medicare y son un paso importante en el compromiso de CMS de asegurar la entrega del cuidado seguro y de calidad a los clientes de CMHC. En particular, las nuevas condiciones propuestas se enfocan en un acercamiento centrado en el cliente y en resultados.

“Esta regla propone nuevas provisiones que protegerán a decenas de miles de beneficiarios de Medicare que reciben cuidados de un CMHC cada año”, dijo el Administrador de CMS, Donald M. Berwick. “Conmemorar las mejores prácticas de comportamiento del cuidado de la salud en nuevos estándares de Medicare nos dan la única oportunidad de asegurar que el cuidado seguro, efectivo y centrado en el cliente esté disponible en todas las comunidades”.

Los CMHC proveen servicios de hospitalización parcial a los beneficiarios de Medicare – un programa completo de servicios intensivos del cuidado de salud mental, el cual incluye servicios del médico, enfermería psiquiátrica, consejería y servicios sociales. Este beneficio único de Medicare ofrece una alternativa para el tratamiento de hospitalización al enfocarse en las necesidades médicas, emocionales, sociales, y terapéuticas de los clientes con enfermedad mental aguda, utilizando un acercamiento interdisciplinario centrado en el cliente.

Como parte de la regla propuesta, CMS enfatiza los pasos que los CMHC tendrían que tomar para proteger a los clientes mientras están bajo su cuidado, concentrados en alcanzar las necesidades específicas de los clientes individuales.

En particular, CMS propone nuevos estándares para los CMHC en las siguientes áreas:

- Establecer calificaciones para los empleados y contratistas CMHC.
- Requerir a los CMHC notificar a los clientes de sus derechos y para investigar y reportar las violaciones de los derechos de los clientes. Estos requisitos propuestos también promueven la continuidad del cuidado al enfatizar la necesidad de comunicación sobre las necesidades del cliente a la hora de dar de alta o transferir.

- Convocatoria de un equipo de tratamiento, desarrollando un plan activo de tratamiento, y coordinando servicios para asegurar un enfoque interdisciplinario para el cuidado individualizado del cliente.
- Creando un programa Quality Assessment and Performance Improvement (QAPI). El programa QAPI requerirá a los CMHC identificar las necesidades del programa al evaluar los resultados de los datos de satisfacción del cliente y realizar cambios, como sea necesario, para mejorar su calidad del cuidado.
- Establecer requisitos de organización, gobierno, y servicios de administración, y servicios de hospitalización parcial, con un énfasis en estructura de gobierno.

La regla propuesta añadiría a los CMHC a la lista de tipos de proveedor y suplidor que ya están sujetos a condiciones de participación y condiciones para cobertura bajo Medicare. Estas condiciones aplican a las entidades del cuidado de la salud que buscan convertirse en proveedores de Medicare y a aquellos que continúan participando en el programa de Medicare. Los estándares de salud y seguridad incluidos en las condiciones son la fundación para el mejoramiento de calidad y proteger la salud y seguridad de los beneficiarios. CMS implementa estos estándares a través de organizaciones acreditadas privadas y el Departamento de Salud del Estado reconocido por CMS (a través de un proceso llamado “deeming”), el cual revisa las prácticas de revisión del proveedor para asegurar que cumplan o excedan los estándares de Medicare.

“Esta regla propuesta demuestra nuestro compromiso de calidad y seguridad en todos los ambientes y enfatiza la importancia del cuidado de la salud mental efectivo y seguro”, dijo Patrick Conway, M.D., MSc, Oficial Médico en Jefe y Director de la Oficina de Agencia Clínica de Estándares y Calidad.

CMS aceptará comentarios públicos sobre la regla propuesta hasta el 16 de agosto de 2011, y responderá a los comentarios en una regla final a ser publicada en los próximos meses. Para presentar comentarios, visite <http://www.regulations.gov> y busque la regla “CMS-3202-P”.

La regla propuesta está disponible en línea en el *Federal Register* en <http://www.ofr.gov/inspection.aspx#regular>.

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

Fuente: CMS PERL 201106-34

Mes y semana nacional de salud masculina

Junio es el mes de la salud masculina y el lunes 13 marca el principio de la semana nacional de salud masculina de este año, que culmina, como corresponde, el día del padre, domingo 19 de junio. El tema de este año es “*Awareness, Prevention, Education, and Family* (conciencia, prevención, educación y familia)”.

El propósito del mes y la semana de la salud masculina es aumentar la conciencia pública acerca de los problemas de salud que pueden prevenirse y alentar la detección y tratamiento temprano de enfermedades de hombres y niños. Muchos hombres que tienen cobertura de Medicare no están haciendo uso total de los servicios y exámenes preventivos que podrían significar una diferencia en la calidad de su salud. Su ayuda es necesaria. Únase a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid para ayudar a los hombres participantes en Medicare, a aprender cómo pueden gozar de vidas más largas y saludables, por medio de la prevención de enfermedades, detección temprana y modificaciones de estilo de vida que contribuyen a una vida más sana.

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

- Colorrectal y pruebas de detección del cáncer a la próstata
- Exámenes de detección de enfermedad cardiovascular
- Exámenes de detección de la diabetes, enseñanza de auto control y terapia de nutrición médica
- Exámenes de detección del HIV
- Inmunizaciones, incluyendo:
 - Hepatitis B
 - Influenza
 - Neumococo
- Consejería para abandonar el uso del tabaco
- Examen anual de bienestar (nuevo para el 2011)

Note que 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, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes de Medicare que podrían estar en riesgo por ciertos problemas de salud, educándolos acerca de su factor de riesgo e instándolos a aprovechar los servicios y exámenes preventivos que les sean apropiados. Nota: Muchos servicios y exámenes preventivos con cobertura de Medicare requieren un referido.

Información adicional

- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services*
- *MLN Matters Article MM7079 – “Annual Wellness Visit, Including Personalized Prevention Plan”*
- *Quick Reference Information: The ABCs of Providing the Annual Wellness Visit*
- *Medicare Learning Network Preventive Services Educational Products*
- *Men’s Health Month website*
- *Men’s Health Week website*

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

Fuente: CMS PERL 201106-20

\$75 millones en incentivos EHR Medicare

CMS provee primeros pagos de incentivos EHR de Medicare que totalizan \$75 millones. Proveedores ofrecieron flexibilidad en la adopción de e-prescribing

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron el jueves, 26 de mayo que los primeros pagos del programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) fueron distribuidos el 19 de mayo. Como parte del *American Recovery and Reinvestment Act*, el programa de incentivo EHR de Medicare provee pagos a los profesionales elegibles (EP) y los hospitales que demuestran uso significativo de tecnología certificada EHR.

El Administrador de CMS Donald Berwick, M.D., explicó en una declaración que los pagos son una parte crucial del futuro de la nación, "Podemos traer el sistema del cuidado de la salud de América al siglo 21 al adoptar los registros de salud electrónicos y utilizar los sistemas de prescripción electrónica. Los anuncios de hoy son pasos en la dirección correcta – hacia el sistema IT de salud que América necesita, el cual salva vidas, ahorra dinero".

CMS notó que en adición a los \$75 millones dados a los proveedores que participan en el programa de Medicare, 15 estados han iniciado sus programas de incentivo EHR de Medicaid desde enero de 2011, y, hasta la fecha, sobre \$83 millones en pagos de incentivos han sido realizados a los proveedores.

El *National Coordinator for Health Information Technology*, Farzad Mostashari, M.D., ScM, dijo en una declaración, "A través de los Programas de Incentivos EHR, estamos ayudando a los proveedores elegibles a invertir en su infraestructura de tecnología.

Pero esto no es solamente sobre tecnología. La meta es un cuidado de la salud mejor y más seguro, y eso significa que es sobre el cuidado de la salud de los pacientes la protección de su información".

El jueves pasado, CMS anunció proposiciones de nuevas flexibilidades para ayudar a los proveedores a realizar la transición en el uso de prescripción electrónica. Este programa provee incentivos financieros, incluyendo los ajustes de pago comenzando el 1 de enero de 2012, para exhortar a los EP en el uso de prescripción médica electrónica (eRx).

El comunicado de prensa completo puede encontrarse en el sitio Web de CMS.

Las hojas informativas detalladas sobre la regla propuesta de *e-prescribing* y los pagos de incentivo EHR pueden encontrarse en la sección *fact Sheet* del sitio Web de CMS.

¿Deseas más información sobre los programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el sitio Web de los programas de incentivo EHR de CMS 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 201106-07

Nuevas FAQ añadidas al sitio Web de EHR

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desean mantenerle actualizado con los últimos recursos sobre los programas de incentivos de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid. Dos nuevas preguntas frecuentes (FAQ) sobre las medidas de calidad clínica (CQM) y uso significativo han sido añadidas al sitio Web de CMS. Tome un minuto y revise estas nuevas FAQ.

1. Para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, si la tecnología EHR certificada de un profesional elegible (EP) genera cero denominadores para todos los CQM en el grupo adicional que puede calcular, ¿es el EP responsable de determinar si tienen cero denominadores o datos para cualquier CQM restante en el grupo adicional que su tecnología certificada EHR no es capaz de calcular? [Lea la respuesta.](#)
2. Para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, si la tecnología certificada EHR poseída por un EP incluye la habilidad de calcular los CQM del grupo adicional que no están indicados por el EHR desarrollador o en el *Certified Health Information Technology Product List* (CHPL) como probada y certificada por un ONC – *Authorized Testing and Certification Body* (ONC-ATCB), ¿puede el EP presentar los resultados de esos CQM a CMS como parte de su atestación de uso significativo? [Lea la respuesta.](#)

Para más información sobre los CQM, vea la página Web de CQM del sitio Web de EHR.

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el [sitio Web de programas de incentivo EHR de CMS](#) 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 201106-08

Actualización de FAQ sobre uso significativo

Cinco nuevas FAQ publicadas

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desean mantenerle actualizado con los últimos recursos sobre los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid. Cinco nuevas preguntas frecuentes (FAQ) sobre uso significativo han sido añadidas al sitio Web de CMS. Tome un minuto y revise estas nuevas FAQ.

Para el objetivo de uso significativo de “capacidad de intercambiar información clínica clave” para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, ¿el intercambio de información electrónica utilizando médicos físicos, tales como USB, CD-ROM, u otros formatos, cumplen la medida de este objetivo? [Lea la respuesta.](#)

Para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, ¿cómo calcula un profesional elegible (EP) que ordena medicinas infrecuentemente la medida para el objetivo “entrada de orden de proveedor computarizado (CPOE)” si el EP ve a los pacientes cuyos medicamentos son mantenidos en la lista de medicamentos por el EP, pero no fueron ordenados o prescritos por el EP? [Lea la respuesta.](#)

¿Cómo deben ser contados los pacientes en camas oscilantes en los denominadores de medidas de uso significativo para los hospitales elegibles y los hospitales de acceso crítico (CAH) para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Lea la respuesta.](#)

¿Cómo deben ser contados los pacientes de guardería en los denominadores de medidas de uso significativo para los hospitales elegibles y los CAH para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Lea la respuesta.](#)

¿Qué pruebas de laboratorio deben ser incluidas en el denominador de la medida para el objetivo “incorporar los resultados de pruebas de laboratorio clínico” bajo los programas de incentivos EHR de Medicare y Medicaid? [Lea la respuesta.](#)

Para más información sobre el uso significativo y sus requisitos, vea la página Web de Meaningful Use en el sitio Web de EHR.

¿Deseas más información sobre los programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el sitio Web de CMS sobre EHR Incentive Programs 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 201105-37

Proyección de imagen de diagnóstico avanzado

Nuevas FAQ de acreditación

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han puesto más de 10 nuevas preguntas frecuentes (FAQ) en temas de acreditación de proyección de imagen de diagnóstico avanzado. Para ver estas FAQ, visite la base de datos CMS FAQ en <http://questions.CMS.hhs.gov> y busque “advanced diagnostic imaging accreditation”. Para más información acerca de acreditación de proyección de imagen de diagnóstico avanzado, visite http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/03_AdvancedDiagnosticImagingAccreditation.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201106-02

Solicitud de inscripción a Medicare

¿Presenta usted una solicitud de inscripción a Medicare escrita a mano?

Los formularios de aplicación de inscripción de Medicare son rellenable en su computadora. Esto significa que usted puede llenar la información requerida al escribir en los campos abiertos mientras el formulario es mostrado en el monitor de su computadora. Llenar los formularios de esta forma antes de imprimir, firmar y enviar por correo significa más información fácil de leer – lo cual significa menos errores, preguntas, y retrasos cuando su aplicación es procesada. Asegúrese de hacer una copia del formulario firmado para sus registros antes de enviarlo por correo.

Los formularios de aplicación de inscripción del proveedor en Medicare están disponibles en el sitio Web de [Centers for Medicare & Medicaid Services](#)

- *CMS 855A – Application for Institutional Providers*
- *CMS 855B – Application for Clinics, Group Practices, and Certain Other Suppliers*
- *CMS 855I – Application for Physicians and Non-Physician Practitioners*
- *CMS 855R – Application for Reassignment of Medicare Benefits*
- *CMS 855S – Application for Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Suppliers*

Las firmas todavía son requeridas que sean a mano. No se olvide de completar este paso importante antes de enviar por correo su formulario(s) completados.

Tenga en cuenta que los formularios escritos a máquina son más fáciles de procesar por Medicare, pero el método más eficiente para presentar su aplicación de inscripción es usar Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) basado en Internet. PECOS le guía a través de la aplicación de inscripción para que usted solamente suministre la información relevante a su aplicación. PECOS también reduce la necesidad de seguimiento debido a aplicaciones incompletas. Utilizar PECOS basado en Internet resulta en una aplicación más precisa y le ahorra tiempo y costos administrativos. Visite [Internet-Based PECOS](#) para aprender más.

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

Fuente: CMS PERL 201105-44

Códigos Health Care Provider Taxonomy

Actualizados a partir del 1 de julio de 2011

Los códigos *Health Care Provider Taxonomy* (HPTC) serán actualizados a partir del 1 de julio de 2011. HPTC es un conjunto nacional de códigos que permite a los proveedores de servicios médicos indicar su especialidad. *National Uniform Claim Committee* (NUCC) actualiza los códigos dos veces al año con cambios en vigencia a partir del 1 de abril y 1 de octubre. La versión más reciente de HPTC está disponible en el sitio Web Washington Publishing Company, en: www.wpc-edi.com/codes/taxonomy. Si un HPTC es reportado a Medicare, debe ser un código válido, de otra manera puede haber un rechazo a nivel de *batch* (lote de envío) y/o reclamación. Para asegurarse de que no va a recibir un rechazo a nivel de archivo o reclamación, se le recomienda verificar en la lista más reciente de códigos HPTC la validez del que está presentando. Si necesita ayuda en la actualización del código de *taxonomy* en su sistema, contacte su vendedor de software.

Fuente: Publication 100-04, Transmittal 2164, change request 7318

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Junio-julio 2011

- Tema: ACT bimestral de Medicare Parte A: Datos de Medicare e iniciativas de CMS
 Cuando: 19 de julio
 Hora: 2:00 - 3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU
- Tema: ACT bimestral de Medicare Parte B: Datos de Medicare e iniciativas de CMS
 Cuando: 20 de julio
 Hora: 2:00 - 3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU
- Tema: Seminario técnico sobre transición a HIPAA Versión 5010
 Cuando: 15 de agosto
 Hora: 10:00 -11:30 a.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Florida (Tampa)
- Tema: Medifest Tampa 2011
 Cuando: 16 - 18 de agosto
 Hora: 8:00 a.m.-4:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

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

Cobertura y Reembolso

PPS de centro psiquiátrico actualizado

Actualización -- año de pago 2012 del sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado

Número de *MLN Matters*: MM7367

Número de petición de cambio relacionado: 7367

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2220CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7367 el cual identifica los cambios requeridos como parte de la actualización anual del sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS) de la notificación de actualización IPF PPS del año de pago (RY) 2012, publicado el 29 de abril de 2011. Estos cambios son aplicables a las dadas de alta que ocurren durante el año de pago del 1 de julio de 2011, hasta el 30 de septiembre de 2012.

Puntos clave del CR 7367:

- Actualización de la bolsa del mercado
- Actualizaciones del Pricer
- Costo nacional urbano y rural a proporción de cargos
- Actualización de MS-DRG
- Año fiscal 2010 “pre-floor”, índice de salario de hospital preclasificado
- Ajuste del costo de vida (Cost of living adjustment, COLA)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7367.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7367, 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/R2220CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2220, CR 7367

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.

Código de denegación de ajuste A7

Reclamaciones a forzar balance en la remesa de pago

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema de remesa institucional donde el código de denegación de ajuste de reclamación A7 está siendo usado para explicar los ajustes cuando otros códigos que explican mejor los ajustes están disponibles. Tenga la seguridad de que CMS está trabajando para resolver este problema e informará a los proveedores cuando este asunto haya sido resuelto. CMS lamenta cualquier inconveniencia que este asunto pueda haber causado.

Para más información sobre la remesa de pago, contacte a su contratista administrativo de Medicare (MAC) local. Un directorio en el centro de llamadas del proveedor con números gratis se puede encontrar en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo> en la sección de “Downloads” de la página Web.

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

Fuente: CMS PERL 201106-04

Enfermera anestesista registrada certificada

Pago transferible para los servicios de enfermera anestesista registrada certificada

Número de *MLN Matters*: MM7379

Número de petición de cambio relacionado: 7379

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2011

Fecha de efectividad: 2 de diciembre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2222CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

En la regla final del sistema de pago prospectivo del paciente hospitalizado (IPPS) del año fiscal (FY) 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) enmendó los requisitos de localización para los hospitales de acceso crítico (CAH) y los hospitales rurales a ser elegibles para los pagos transferibles de enfermera anestesista registrada certificada (CRNA). Las regulaciones fueron cambiadas para establecer que efectivo con los periodos de reporte de costo comenzando a partir del 1 de octubre de 2011, en adición a los CAH y los hospitales geográficamente localizados en un área rural, si un hospital ha reclasificado como rural, bajo el IPPS o para ser un CAH, bajo las regulaciones en 42 Code of Federal Regulations (CFR) 412.103, también es elegible para recibir los pagos transferibles de CRNA.

En la regla PPS ambulatoria del año calendario (CY) 2011, la fecha efectiva de la política de cambio CRNA sobre los requisitos de localización fue cambiada para el 2 de diciembre de 2010. El CR7379 alerta a los contratistas de Medicare que efectivo el 2 de diciembre de 2010, en adición a los hospitales y a los CAH geográficamente localizados en áreas rurales, los hospitales que han reclasificado como rural, bajo el IPPS o para ser CAH, bajo las regulaciones en 42 CFR 412.103 también son elegibles para ser pagados basado en costo razonable.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7379.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7379, 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/R2222CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2222, CR 7379

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

Hoja informativa Medicare Disproportionate Share Hospital en formato impreso

La publicación titulada Medicare Disproportionate Share Hospital (revisada en marzo de 2011) está ahora disponible en formato impreso en el *Medicare Learning Network*[®]. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre Medicare Disproportionate Share Hospitals (DSH), incluyendo antecedentes; métodos para calificar para el ajuste DSH de Medicare; las provisiones del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 y el Deficit Reduction Act of 2005 que impactan los DSH de Medicare; número de camas en la determinación de hospital; y fórmulas de ajuste de pago de hospital DSH de Medicare. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque "Related Links Inside CMS", y seleccione "MLN Product Ordering Page".

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

Fuente: CMS PERL 201105-39

Enfermedad renal en estado terminal

Ajustes a las reclamaciones

Los centros de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) pueden comenzar a ver algunas de sus reclamaciones ajustadas para corregir varios problemas que se han encontrado luego de la implementación del nuevo sistema de pagos prospectivos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS).

Uno de los problemas es que las reclamaciones ESRD contienen pagos extraordinarios; en algunos casos, los pagos extraordinarios para los pacientes de diálisis de los centros que realizan la transición a PPS estaban siendo sobrepagados y otros pagos extraordinarios fueron mal pagados como resultado de deducible y coseguro siendo aplicado a los pagos permitidos por Medicare para costo extraordinario. Donde un pago extraordinario ya fue realizado, estos ajustes serán automáticos por el contratista y ninguna acción es necesaria por parte del proveedor. Sin embargo, si un centro de ESRD cree que tuvieron derecho a un pago extraordinario, pero no recibieron uno, pueden notificar a su contratista de Medicare y solicitar el ajuste. En adición, para los centros que realizan la transición a PPS, el 3.1 por ciento del ajuste de neutralidad de presupuesto no estaba siendo aplicado a los servicios facturables por separado de ESRD entre el sábado, 1 de enero de 2011, y el jueves, 31 de marzo de 2011, y los contratistas tendrán que ajustar esas reclamaciones.

Los centros ESRD en Guam, Samoa Americana, y las Islas Marianas están excluidos del ESRD PPS. Las reclamaciones retenidas por estos proveedores serán publicadas el lunes, 6 de junio de 2011.

Algunos centros de ESRD están experimentando rechazos de reclamaciones por los códigos de modificación 36330, 36342, 36357, y 36375. Si su centro es afectado, revise su reclamación y asegúrese que los servicios incluidos en el sistema de pago de índice compuesto original, por lo tanto, también incluido en el PPS, no están siendo reportados en su reclamación. Solamente reporte por separado esos servicios que fueron previamente medicamentos pagable por separado y servicios de laboratorio.

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

Fuente: CMS PERL 201105-43

Editor de códigos ambulatorios a julio 2011

Actualización de julio 2011 del editor de códigos ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM7439

Número de petición de cambio relacionado: 7439

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2224CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7439, la cual describe los cambios al editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) y el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) a ser implementados en las actualizaciones de julio de 2011.

Un resumen de las modificaciones I/OCE de julio 2011, está dentro del Apéndice M, el cual está anexado al CR 7439. La lista completa de las especificaciones I/OCE puede encontrarse en

<http://www.cms.gov/OutpatientCodeEdit/> en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7439.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7439, 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/R2224CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2224, CR 7439

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

Facturación

Facturación correcta del proveedor

Para ‘admission date’ y ‘statement covers period’

Número de *MLN Matters*: SE1117

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

En colaboración con la definición del *National Uniform Billing Committee* (NUBC) para el reporte de los elementos “*admission date*” y “*statement covers period*” en las reclamaciones, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desean recordarles que revise las definiciones NUBC para las reclamaciones presentadas a partir del 1 de octubre de 2011.

Este artículo especial les recuerda de las definiciones para reportar “*admission date*” y “*statement covers period*” en las reclamaciones.

CMS ha emitido instrucciones al *Fiscal Intermediary Shared System* (FISS) de Medicare para cambiar las modificaciones FISS sobre estos elementos de datos para concordar con las definiciones NUBC UB-04.

Usted debe verificar la lógica de modificación de sus sistemas para la aplicación correcta de estos elementos de datos y contactar a sus socios de negocios para asegurar que ellos están enterados de los cambios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1117.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1117

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.

Hospital

Afiliación electrónica para hospitales que enseñan

Nuevo método electrónico para presentar acuerdos de afiliación de educación médica graduada de Medicare para los hospitales que enseñan

Bajo las regulaciones en la Sección 413.79(f) para educación médica graduada (GME) y la Sección 412.105(f) (1)(vi) para educación médica indirecta (IME), los hospitales que adiestran en otras áreas a sus residentes en programas de adiestramiento de residencia médica aprobada pueden ingresar en los acuerdos de afiliación GME de Medicare para elegir aplicar su GME directo y/o límites de residente de equivalente a tiempo completo (FTE) en una base conjunta. Los hospitales pueden ajustar sus límites de residente FTE para reflejar la rotación de residentes entre los hospitales afiliados durante un año académico. Las regulaciones anteriormente exigían que los hospitales que deseaban afiliarse tenían que enviar por correo sus acuerdos firmados de afiliación GME de Medicare a sus contratistas de Medicare y enviar una copia por correo a la oficina central de Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) a más tardar el 1 de julio del año de residencia del programa durante el cual el acuerdo de afiliación de GME de Medicare estaría en efecto. El 16 de agosto de 2010, la regla final del sistema de pagos prospectivos (PPS) (75 FR 50299), CMS finalizó una póliza para permitir a los hospitales presentar acuerdos de afiliación GME a la oficina central de CMS para el año académico comenzando el 1 de julio de 2011. Los hospitales que deseen afiliarse comenzando con el 1 de julio de 2011-30 de junio de 2012, del año académico deben presentar sus acuerdos de afiliación GME a la oficina central de CMS utilizando la siguiente dirección de email: Medicare_GME_Affiliation_Agreement@cms.hhs.gov

Los acuerdos de afiliación GME de Medicare para el 1 de julio de 2011-30 de junio de 2012 del año académico deben ser recibidas en la dirección de email arriba para las **11:59 p.m. EDT el 1 de julio de 2011**. Si son recibidas para esta fecha, usted debe recibir una contestación automática indicando que su radicación de acuerdo de afiliación fue recibida a tiempo para el 1 de julio de 2011, del año académico.

CMS exhorta a todos los hospitales de enseñanza que deseen presentar los acuerdos de afiliación GME de Medicare a CMS a hacerlo así utilizando esta dirección de email. CMS también exhorta a los hospitales a presentar los acuerdos de afiliación en formato PDF. Sin embargo, debido a que este es el primer año que CMS está utilizando este sistema de presentación electrónica, también continuará aceptando copias impresas de acuerdos de afiliación que son presentadas a la oficina central de CMS a más tardar el 1 de julio de 2011. Los faxes no son permitidos. En adición, CMS continuará aceptando las modificaciones a los acuerdos de afiliación GME de Medicare para el año académico del 1 de julio de 2010-30 de junio de 2011, en formato impreso. **No envíe correcciones a los acuerdos de afiliación del 1 de julio de 2010-30 de junio de 2011, a la dirección de email. Solamente los nuevos acuerdos de afiliación para el año académico comenzando el 1 de julio de 2011, deben ser enviados a Medicare_GME_Affiliation_Agreement@cms.hhs.gov** (Las modificaciones a los acuerdos de afiliación del 1 de julio de 2011-30 de junio de 2012, pueden ser presentadas a esta dirección de email para el 30 de junio de 2012.)

Sobre los Acuerdos de Afiliación GME de Medicare que usted puede que ya tenga listos y que están establecidos para renovarse automáticamente el 1 de julio de 2011, usted puede, pero no está obligado, a enviar para el 1 de julio una copia electrónica del acuerdo de afiliación GME de Medicare a Medicare_GME_Affiliation_Agreement@cms.hhs.gov

En adición, note que usted debe continuar presentando la "copia al contratista" de sus acuerdos de afiliación GME de Medicare a su contratista de Medicare utilizando los procedimientos que su contratista de Medicare ha especificado, ya sea en copia impresa por correo o por email, como sea aplicable. Medicare_GME_Affiliation_Agreement@cms.hhs.gov es una dirección de email de CMS, y no está ligada a los contratistas 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 201106-01

Servicio de urgencia a paciente ambulatorio

Elección del método opcional para servicios a paciente ambulatorio en hospitales de urgencia

Número de *MLN Matters*: MM7404

Número de petición de cambio relacionado: 7404

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2232CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Los hospitales de urgencia (CAH) pueden ser pagados por servicios a pacientes ambulatorios, utilizando ya sea el método estándar (también conocido como “Método I”) o el método **opcional** (también conocido como “Método II”). Bajo el método estándar, el médico o practicante es pagado de acuerdo a la tarifa médica fija para el servicio profesional por su contratista de Parte B de Medicare o por el contratista administrativo A/B de Medicare (MAC). Bajo el método opcional, el médico o practicante reasigna sus derechos de facturación al CAH y éste recibe el 115 por ciento del monto de la tarifa médica fija por el servicio profesional, de parte del intermediario fiscal o del A/B MAC. Bajo ambos métodos, los servicios de establecimiento son reembolsados a un 101 por ciento del costo razonable.

En el dictamen final del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados del año fiscal (FY) 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid cambiaron las regulaciones de elección del método opcional (Método II) para hospitales de urgencia para periodos de reporte de costos vigentes a partir del 1 de octubre de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7404.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7404, 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/R2232CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2232, CR 7404

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

Hoja informativa Outpatient Prospective Payment System en formato impreso

La publicación titulada “*Hospital Outpatient Prospective Payment System*” (marzo de 2011) está ahora disponible en formato impreso en el *Medicare Learning Network*[®]. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de hospital, incluyendo historial, clasificaciones de pago ambulatorio, cómo se establecen los índices de pago, y los índices de pago bajo el OPPS. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque “*Related Links Inside CMS*”, haga clic en “*MLN Product Ordering Page*”, y seleccione “*Hospital Outpatient Prospective Payment System (ICN 006820) (Mar 2011)*”.

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

Fuente: CMS PERL 201106-23

Fecha límite del programa de incentivo EHR

El domingo, 3 de julio, marca una fecha límite importante para los hospitales elegibles y los hospitales de acceso crítico (CAH) – el último día que los hospitales elegibles y los CAH pueden comenzar su periodo de reporte de 90 días en el año fiscal (FY) 2011, para el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare. Para los hospitales, esto significa que deben comenzar su periodo de reporte de 90 días consecutivo para el domingo, 3 de julio, si todavía desean demostrar exitosamente uso significativo y recibir un pago de incentivo para el FY 2011.

Recursos de ayuda

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado algunas herramientas para ayudar a los proveedores a atestiguar. Los hospitales elegibles y los CAH que han completado su periodo de reporte pueden usar el [Eligible Hospital and CAH Attestation Worksheet](#) de CMS para registrar sus medidas de uso significativo y usarla como referencia cuando atestigüen para el programa de incentivo EHR de Medicare en el sistema de CMS.

Adicionalmente, el [Meaningful Use Attestation Calculator](#) permite a los hospitales elegibles y los CAH probar si demostrarán exitosamente o no uso significativo para los programas de incentivo EHR y el [Attestation User Guide for Eligible Hospitals](#) llevará a los hospitales elegibles y los CAH a través del sistema de testificación, ayudándolos a atestiguar exitosamente para cumplir el uso significativo.

Por venir

El viernes, 30 de septiembre, es el último día para el año fiscal federal, marcando el fin del año de reporte para los hospitales elegibles y los CAH. Vea qué otras fechas importantes vienen en el 2011, al visitar el [Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs Milestone Timeline](#) de CMS, o revisando la sección “Important Dates” de la página Web [EHR Incentive Programs Overview](#).

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR? Visite el sitio Web [EHR Incentive Programs](#) de CMS para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo EHR; también inscríbase para [EHR Incentive Programs email update Listserv](#).

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

Fuente: CMS PERL 201106-33

Vulnerabilidades de codificación DRG

Descubiertas por el programa de auditoría de recuperaciones para los hospitales del paciente hospitalizado

Número de *MLN Matters*: SE1121
 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

Una de las estrategias de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para reducir el índice de error del comprehensive error rate testing (CERT) es corregir vulnerabilidades identificadas descubiertas por el auditor de recuperaciones y otros contratistas de Medicare. Los auditores de recuperación han identificado errores de codificación mientras realizan revisiones de validación del grupo de diagnóstico relacionado (DRG). La revisión de validación DRG se enfoca en la selección del hospital de diagnósticos y procedimientos principales y secundarios en una reclamación. Una cantidad significativa de reclamaciones tiene un diagnóstico principal incorrecto.

El diagnóstico principal es definido en el Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) como la condición establecida después del estudio para ser principalmente responsable de ocasionar la admisión del paciente al hospital. Cuando se esté determinando el diagnóstico principal, toda la documentación por los médicos licenciados tratantes en el registro médico debe ser considerada.

Todas las directrices de codificación ICD-9-CM pueden encontrarse en:
<http://www.cdc.gov/nchs/data/icd9/icdguide09.pdf>

Actualización de julio de 2011 de OPPS

Sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS por sus siglas en inglés)

Número de *MLN Matters*: MM7443

Número de petición de cambio relacionado: 7443

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2234CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7443, la cual describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de julio de 2011. El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de julio de 2011, y el OPPS Pricer reflejarán el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), ambulatory payment classification (APC), modificador HCPCS, y adiciones del código de ingreso, cambios, y eliminaciones identificadas en este CR.

Las revisiones de julio de 2011, a los archivos de datos I/OCE, instrucciones, y especificaciones son provistas en el CR 7439, "July 2011 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 12.2". El artículo *MLN Matters*® relacionado puede encontrarse en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7439.pdf>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7443.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7443, 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/R2234CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2234, CR 7443

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

Hospital de cuidado a largo plazo

Revisadas las hojas informativas de PPS

Las hojas informativas abajo proveen educación sobre el sistema de pago prospectivo de hospital del cuidado a largo plazo (LTCH PPS). Han sido actualizadas recientemente y están disponibles en formato para descargar del *Medicare Learning Network*®:

- *Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: News* provee información sobre las actualizaciones recientes a la regla final de LTCH PPS y se puede encontrar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-News.pdf>
- *Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: Interrupted Stay* describe el pago de estancias interrumpidas en los hospitales del cuidado a largo plazo y se puede encontrar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-IntStay.pdf>
- *Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: Short-Stay Outliers* explica el cálculo y pago de los costos extraordinarios de estancias cortas (SSO) bajo el LTCH PPS y se puede encontrar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-ShortStay.pdf>
- *Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: High-Cost Outliers* explica el cálculo del alto costo extraordinario bajo el LTCH PPS y se pueden encontrar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-HighCost.pdf>
- *Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: Payment Adjustment Policy* describe la política de ajuste de pago bajo el LTCH PPS y se puede encontrar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/LTCHPaymentAdjustPolicy.pdf>

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

Fuente: CMS PERL 201106-05

Centros de Rehabilitación

PC Pricer de centros de rehabilitación

El sistema de pagos prospectivos de establecimientos de rehabilitación PC Pricer del año fiscal (FY) 2011, ha sido actualizado con datos correctos del proveedor. PC Pricer está listo para ser descargado de la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp. Si usted usa IRF PPS PC Pricer, vaya a la página mencionada más arriba y descargue la última versión de FY 2011 Pricers, actualizada el 15 de junio de, en la sección *Downloads*.

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

Fuente: CMS PERL 201106-28

Centros de Enfermería Especializada

Clarificación del manual de facturación SNF

Nota: El artículo MM7339 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en abril de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 32).

Número de *MLN Matters*: MM7339

Número de petición de cambio relacionado: 7339

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de junio de 2011

Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2245CP

Fecha de implementación: 1 de agosto de 2011

Resumen

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7339, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2245CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2245, CR 7339

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

Sistema Five star de evaluación de calidad

A partir del miércoles 15 de junio de 2011, una síntesis de la información acerca de acciones de reclamos e imposiciones está disponible para los proveedores, en el enlace *Certification and Survey Provider Enhanced Reports* (CASPER) localizado en la parte superior de la página *Minimum Data Set (MDS) State Welcome. Nursing Home Compare* mostrará esta información el 21 de julio de 2011. La línea 5 star de ayuda al proveedor (800-839-9290) está abierta por un período ampliado, desde el martes 21 de junio de 2011. Los proveedores pueden también hacer sus preguntas a bettercare@cms.hhs.gov.

A partir del miércoles 15 de junio, la información acerca de acciones de reclamos e imposiciones está disponible para los proveedores, en el enlace CASPER localizado en la página *MDS State Welcome*.

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

Fuente: CMS PERL 201106-27

Información General

Demostraciones de hogar médico FQHC

Solicitudes disponibles

El Centro de Innovaciones se complace en anunciar que está aceptando solicitudes de centros de salud federalmente calificados, para participar en el proyecto de demostración de prácticas de atención primaria avanzada de los centros de salud de Medicare federalmente calificados (FQHC). Esta demostración se lleva a cabo por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) asociados con *Health Resources and Services Administration* (HRSA).

Este proyecto de demostración de tres años, pondrá a prueba la eficiencia de médicos y otros profesionales de la salud trabajando en equipo para coordinar y mejorar la atención médica de hasta 195,000 pacientes de Medicare. El proyecto demostrará como el modelo de hogar médico centrado en el paciente puede mejorar la calidad de la atención médica, promover mejor salud y bajar costos.

CMS y HRSA invitan FQHC elegibles a presentar una solicitud para participar en esta demostración. Se espera que los participantes de FQHC, logren un reconocimiento de nivel 3 de hogar medico centrado en el paciente, ayuden a los pacientes a controlar sus condiciones crónicas así como coordinar activamente el cuidado médico de los pacientes. Para ayudar a los participantes de FQHC a hacer estas inversiones en atención del paciente e infraestructuras, se les pagará una tarifa mensual por manejo del cuidado médico, por cada beneficiario de Medicare elegible para recibir servicios de atención primaria de la salud. A su vez, los FQHC acuerdan adoptar prácticas de coordinación de la atención médica que sean reconocidas por el *National Committee for Quality Assurance* (NCQA). CMS y HRSA proveerán asistencia técnica para ayudar a los FQHC a alcanzar estas metas.

Se puede encontrar más información a cerca de FQHC en <http://innovations.cms.gov>, instrucciones y detalles completos para postular y participar en la demostración, pueden encontrarse en www.fqhcmedicalhome.com. CMS estará aceptando solicitudes desde el lunes 6 de junio, hasta el viernes 12 de agosto a las 11:59 p.m. (ET). Si tiene preguntas adicionales, debe presentarlas al buzón de correo de CMS en fqhc_mh_demo@cms.gov.

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

Fuente: CMS PERL 201106-16

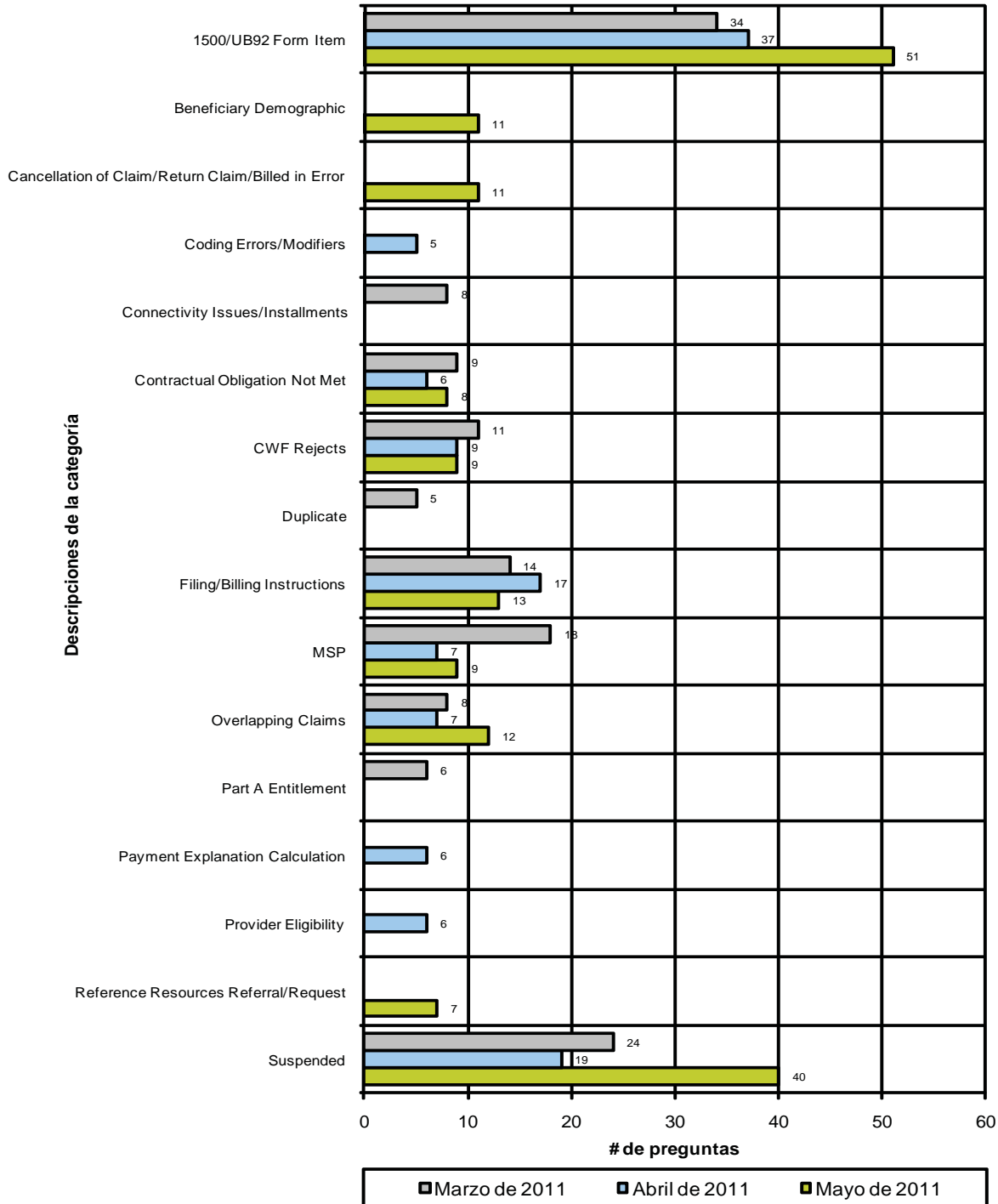
Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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.

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

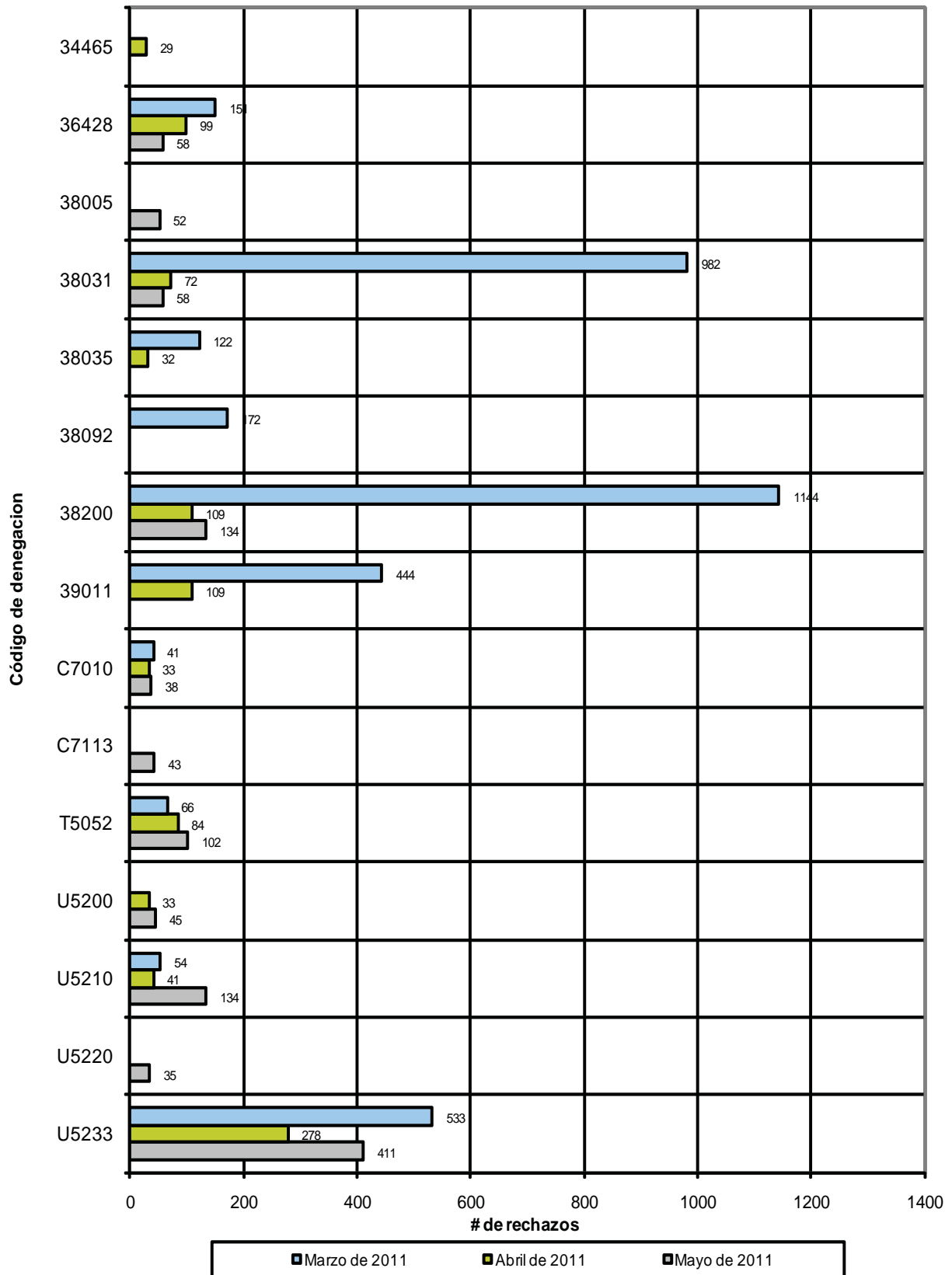
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de marzo - mayo de 2011. Para consejos y recursos que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

Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. en marzo-mayo de 2011



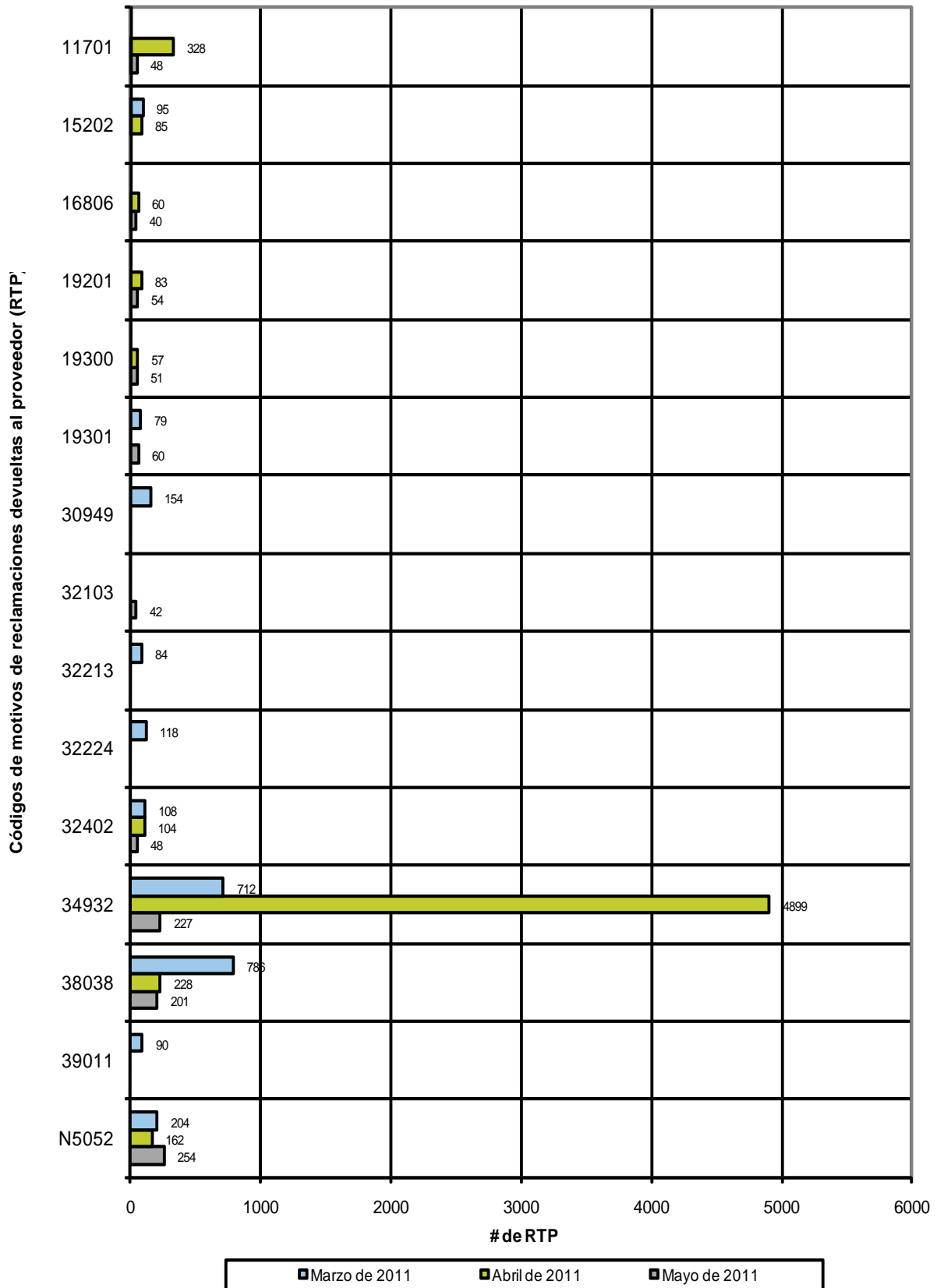
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

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



Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación

<http://www.medicare.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia FCSO eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional

<http://www.medicare.fcso.com>, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

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

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

Notificaciones

Notificación de prepago de hospitalización de Florida Parte A
MS-DRG 460 (spinal fusion except cervical w/o MCC).....50

Revisiones a las LCD Existentes

A77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin.....	50
AJ1459: Intravenous immune globulin	50
AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®).....	51
AJ7184: Hemophilia clotting factors	51
AJ9310: Rituximab (Rituxan®)	52
ANCSVCS: Noncovered services – (0275T)	52
ANCSVCS: Noncovered services – (C9729)	53
ASKINSUB: Skin substitutes	53
Intravitreal bevacizumab (Avastin®).....	54
Clarificación de declaración calificada del médico	54

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).

Notificaciones

Notificación de prepago de hospitalización de Florida Parte A MS-DRG 460 (spinal fusion except cervical w/o MCC)

El índice de error de noviembre de 2010, del “*medical severity-diagnosis related group*” (MS-DRG) de hospitalización para Parte A del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) fue 18.17%. Este índice de error es considerablemente más alto que el índice DRG nacional de hospitalización. Basado en los hallazgos de la revisión del “*comprehensive error rate testing*” (CERT), MS-DRG 460 (*spinal fusion except cervical w/o MCC*) ha sido identificado como que es de alto riesgo para error de pago. Una mayoría de los errores CERT fueron asignados debido a que la documentación presentada no sustenta la necesidad médica del procedimiento. La revisión médica de prepago siendo modificada para MS-DRG 460 será iniciada al 30 por ciento para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de junio de 2011**.

Revisiones a las LCD Existentes

A77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L31512 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “*radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin*” fue revisada recientemente en su mayoría el 28 de marzo de 2011. Desde ese tiempo, luego de revisión adicional del lenguaje existente para la definición de un médico calificado bajo la sección de ‘*Supervision and Training*’ de la LCD, una revisión fue hecha para la clarificación de un médico calificado para este servicio e incluye *Nuclear Regulatory Commission* (NRC). En adición, bajo la sección de ‘*Indications*’ de la LCD para “*external beam radiation therapy*” (EBRT) y braquiterapia “*high dose rate*” (HDR), la tercera y cuarta viñeta fueron revisadas para leer como sigue:

- Tercera viñeta - Terapia de radiación (RT) de carcinoma de célula basal (BCC) o carcinoma de célula escamosa (SCC) en el torso, cuero cabelludo, o bajo la rodilla pueden ser considerados médicamente razonables y necesarios si el paciente tiene comorbilidades que prevendrían una intervención quirúrgica de la lesión (e.g., MRSA; anticoagulación actual o tratamiento antiplaquetario que no puede ser discontinuado);
- Cuarta viñeta - Terapia de radiación (RT) para carcinoma de célula basal (BCC) o carcinoma de célula escamosa (SCC) bajo la rodilla, o en el cuero cabelludo pueden ser considerados médicamente razonables y necesarios cuando la intervención quirúrgica para remover la lesión requeriría un injerto de piel y/o el cierre sería complicado, por ejemplo debido a fallo cardíaco crónico con edema en la extremidad baja o debido a cierre difícil en el cuero cabelludo.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

AJ1459: Intravenous immune globulin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28895 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para *intravenous immune globulin* fue revisada recientemente en su mayoría el 7 de abril de 2011. Desde entonces, en base a una solicitud de reconsideración, se ha modificado el texto de la LCD que se refiere al diagnóstico de inmunodeficiencia variable común (CVID) en la

Continúa en la página siguiente

AJ1459...(continuación)

sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*”, subsección “a.) *Primary humeral immunodeficiency syndromes*”. El siguiente texto revisado se incluye en dicha sección de la LCD:

- Reportes de laboratorio que demuestran un nivel IgG de menos de 400 mg/dl del análisis utilizado y no tienen respuesta a la inmunización (ver más abajo); o
- Un nivel de IgG mayor o igual a 400mg/dl con evidencia de infección severa recurrente con terapia de antibióticos documentada y falta de respuesta a la inmunización (ver más abajo);

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD**Identificador de LCD: L28977 (Florida)****Identificador de LCD: L29010 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para *ranibizumab (Lucentis®)* fue revisada por última vez el 3 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) ha reevaluado la declaración para adiestramiento y calificación encontrada en la LCD basado en una solicitud externa para clarificar la intención de la declaración. Esta declaración se encuentra bajo la sección “*limitations*” de la LCD. El MAC J9 ha revisado la declaración la cual ahora define lo que es un médico calificado para los servicios descritos en la LCD. La declaración anterior que limita el desarrollo del servicio a un oftalmólogo certificado por la junta ha sido removida.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

AJ7184: Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD**Identificador de LCD: L28851 (Florida)****Identificador de LCD: L28884 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para hemophilia clotting factors fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2011. Desde entonces, esta LCD ha sido modificada en base a transmisión 2207, orden de cambio (CR) 7303 del 29 de abril de 2011 y 2227, CR 7303 del 24 de mayo de 2011 y 2234 CR 7443 del 27 de mayo de 2011, de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), para eliminar el código HCPCS J7184 (Injection, von Willebrand factor complex (human), Wilate, per 100 IU VWF:RCO) y reemplazarlo con código HCPCS Q2041 (Injection, von Willebrand factor complex (human), Wilate, 1 I.U. VWF:RCO) bajo la sección ‘CPT/HCPCS Codes’ de la LCD. Además el “Contractor’s Determination Number” fue cambiado a AJ7186.

Fecha de vigencia

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

Continúa en la página siguiente

AJ1459...(continuación)

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

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

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

AJ9310: Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28980 (Florida)

Identificador de LCD: L29013 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para *rituximab (Rituxan®)* fue revisada recientemente en su mayoría el 28 de enero de 2011. Desde entonces, se modificó la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para incluir las siguientes indicaciones aprobadas por *Food and Drug Administration (FDA)*:

- En combinación con glucocorticoides, para el tratamiento de pacientes adultos con *Wegener’s granulomatosis (WG)* y *microscopic polyangiitis (MPA)*

Además de lo anterior, fueron agregados los códigos ICD-9-CM 446.0 (*Polyarteritis nodosa [microscopic polyangiitis]*) y 446.4 (*Wegener’s granulomatosis*) en la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD y fue actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de junio de 2011**, para servicios provistos **a partir del 19 de abril de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database de CMS* en

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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

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

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

ANCSVCS: Noncovered services – (0275T) revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para “*noncovered services*” (servicios no cubiertos) fue revisada por última vez el 23 de junio de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD. Basado en la actualización de julio de 2011, de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) al sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS), petición de cambio (CR) 7443, transmisión 2234, fecha del 27 de mayo de 2011, el código HCPCS C9729 está siendo eliminado de la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD y reemplazado con el código CPT 0275T.

- C9729 (*Percutaneous laminotomy/laminectomy (intralaminar approach) for decompression of neural elements, (with ligamentous resection, discectomy, facetectomy and/or foraminotomy, when performed) any method under indirect image guidance, with the use of an endoscope when performed, single or multiple levels, unilateral or bilateral; lumbar*)

0275T (*Percutaneous laminotomy/laminectomy (intralaminar approach) for decompression of neural elements, (with or without ligamentous resection, discectomy, facetectomy and/or foraminotomy) any method under indirect image guidance (eg, fluoroscopic, CT), with or without the use of an endoscope, single or multiple levels, unilateral or bilateral; lumbar*).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database de CMS* en

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

ANCSVCS: Noncovered services – (C9729) revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para “noncovered services” (servicios no cubiertos) fue revisada por última vez el 7 de junio de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD. La actualización de abril de 2011, de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) al sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de hospital, petición de cambio (CR) 7342, transmisión 2174, fecha del 18 de marzo de 2011, lista el código HCPCS C9729 *Percutaneous laminotomy/laminectomy (intralaminar approach) for decompression of neural elements, (with ligamentous resection, discectomy facetectomy and/or foraminotomy, when performed) any method under indirect image guidance, with the use of an endoscope when performed, single or multiple levels, unilateral or bilateral; lumbar* como un código nuevo.

Puesto que ha sido determinado que el código HCPCS C9729 representa un procedimiento ‘*Minimally Invasive Lumbar Decompression (mild) for lumbar spinal stenosis*’, el código CPT 64999 (*Minimally Invasive Lumbar Decompression (mild) for lumbar spinal stenosis*) fue removido de la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD y reemplazado con el código HCPCS C9729.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de junio de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 1 de abril de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

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

ASKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28985 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para skin substitutes (injertos de piel) fue revisada recientemente en su mayoría el 13 de febrero de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido modificada en base a la orden de cambio 7443, transmisión 2234, (actualización de julio de 2011 del *Hospital Outpatient Prospective Payment System* [OPPS]), con fecha 27 de mayo de 2011, emitida por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Una evaluación del código HCPCS C9365 (*Oasis ultra tri-layer matrix*, por centímetro cuadrado) determinó que este código de injerto de piel debe ser agregado a la sección de códigos “CPT/HCPCS Codes” de la LCD, en subsección “*The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products.*”.

Fecha de vigencia

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

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

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

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

Intravitreal bevacizumab (Avastin®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29933 (Florida)

Identificador de LCD: L29935 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “intravitreal bevacizumab (Avastin®)” fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) ha reevaluado la declaración de adiestramiento y calificación encontrada en la LCD basado en una solicitud externa para clarificar la intención de la declaración. Esta declaración se encuentra en la sección “limitations” de la LCD. El MAC J9 ha revisado la declaración la cual ahora define qué es médico calificado para los servicios descritos en la LCD. La declaración previa que limita el desarrollo del servicio a un oftalmólogo certificado por la junta ha sido removida.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

Clarificación de declaración calificada del médico – revisiones a las LCD

Identificador de LCD: L28779, L31465, L28768, L28770, L28823, L28846, L28834, L28936, L28974, L28990, L28999 (Florida)

Identificador de LCD: L28783, L31465, L28769, L28771, L28856, L28879, L28867, L28957, L28976, L29022, L29031 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

First Coast Services Options Inc. el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) recibió una solicitud externa para revisar y clarificar la intención de las declaraciones de certificación y adiestramiento encontradas en las determinaciones locales de cobertura (LCD) para avastin y lucentis. Esa revisión resultó en la revisión de la declaración de certificación y adiestramiento. Como resultado, el MAC J9 llevó a cabo una revisión de todas las LCD que contenían la declaración de adiestramiento y certificación y, para esas LCD que contenían la declaración, se revisó la declaración para ser consistente con las revisiones mencionadas arriba. Las siguientes LCD han sido revisadas: AJ7504 atgam (lymphocyte immune globulin, antithymocyte globulin [equine]), A95921 autonomic function tests, A71275 computed tomographic angiography of the chest, heart and coronary arteries, A74261 computed tomographic colonography, A43235 diagnostic and therapeutic esophagogastroduodenoscopy, AJ0740 ganciclovir and cidofovir, A95860 electromyography and nerve conduction studies, A93965 non-invasive evaluation of extremity veins, APULMDIAGSVCS pulmonary diagnostic services, AJ1080 testosterone cypionate and testosterone enanthate, y A36470 treatment of varicose veins of the lower extremity.

La declaración en cuestión está localizada en la sección “limitations” o “utilization guidelines” de las LCD. En adición, las LCD que contenían la declaración en cualquier anexo de “Coding Guidelines” asociado también fueron revisadas para consistencia. La declaración revisada lee como sigue: “El sistema del manual en línea de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), Pub. 100-08, Medicare Program Integrity Manual, capítulo 13, Sección 13.5.1 describe que “los servicios razonables y necesarios son ordenados y/o prestados por el personal calificado. Un médico calificado para este servicio/procedimiento es definido como: a.) el médico está inscrito adecuadamente en Medicare y b.) el adiestramiento y pericia deben haber sido adquiridos dentro del marco de tiempo de una residencia acreditada y/o programa de asociación en la especialidad/subespecialidad aplicable en los Estados Unidos y/o por la especialidad de sociedad en los Estados Unidos”.

Fecha de vigencia

Estas revisiones a la LCD son efectivas para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

Formulario de Parte A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2010 a septiembre de 2011.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims

Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Cobertura y Reembolso

Sistema de pagos ASC actualización a julio 2011 Actualización a julio 2011

Número de *MLN Matters*: MM7445

Número de petición de cambio relacionado: 7445

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de junio de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2235CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

La orden de cambio 7445 informa acerca de seis códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) creados recientemente que serán agregados a la lista de procedimientos con cobertura de los centros de cirugía ambulatoria (ASC) y nueve códigos HCPCS recientemente creados que serán agregados a la lista de servicios suplementarios de ASC a partir del 1 de julio de 2011.

La política bajo el sistema de pagos ASC modificado exige que las tasas de pago ASC de medicinas farmacéuticas y biológicas con cobertura pagada en forma separada, sean consistentes con las tasas de pago del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio de hospitales de Medicare (OPPS). Esas tasas son actualizadas trimestralmente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7445.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7445, 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/R2235CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2235, CR 7445

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

Información General

Periodo abierto de inscripción

Envío postal de la tarjeta para la participación anual

Número de *MLN Matters*: MM7412

Número de petición de cambio relacionado: 7412

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2011

Fecha de efectividad: 20 de mayo de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2221CP

Fecha de implementación: 31 de octubre de 2011

Resumen

El periodo abierto de inscripción corre del 15 de noviembre al 31 de diciembre. En el pasado, los contratistas enviaban un disco compacto (CD) a todos los médicos y otros profesionales de la salud anunciando el periodo abierto anual de participación de inscripción. El CD contenía un documento de anuncio, el formulario CMS-460, y la material de educación del proveedor sobre el programa de Medicare.

Puesto que las tarifas de Medicare physician fee schedule (MPFS) ya no son incluidas en el CD, y los materiales educacionales, como también el formulario CMS-460, se encuentran en el sitio Web de sus contratistas, el valor del CD a la comunidad del proveedor ha disminuido. Como resultado, los contratistas reemplazarán el CD con una tarjeta de recordatorio.

Continúa en la página siguiente

Periodo...(Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7412.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7412, 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/R2221CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2221, CR 7412

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.

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7435

Número de petición de cambio relacionado: 7435

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: R2244CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2011

Resumen

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

Los códigos para las nuevas pruebas que están listadas en el artículo de *MLN Matters* deben tener el modificador QW para ser reconocidas como pruebas dispensadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7435.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7435, 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/R2244CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2244, CR 7435

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.

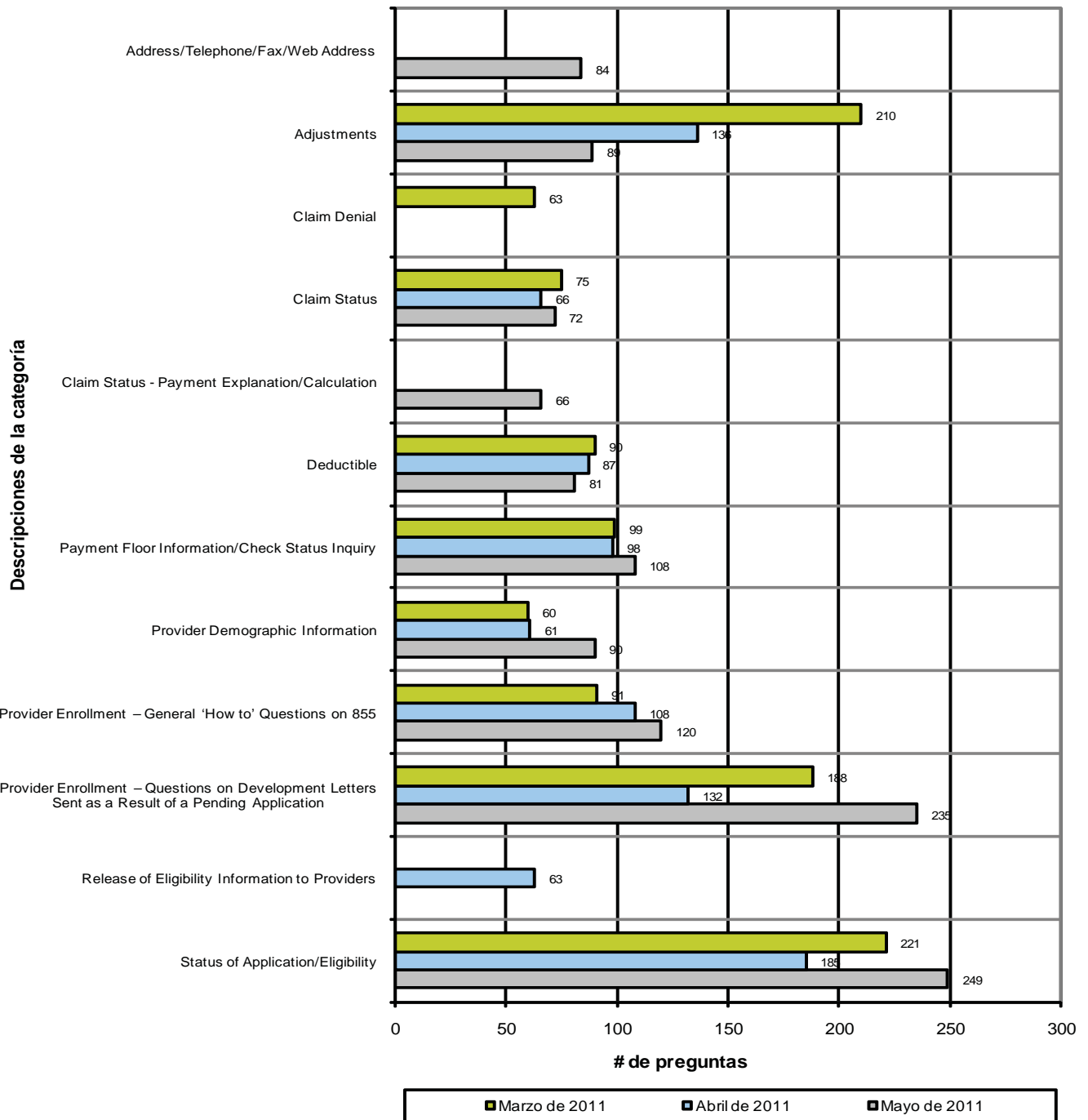
Encuentre sus favoritos rápidamente: use Hallazgo Rápido

¿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.

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

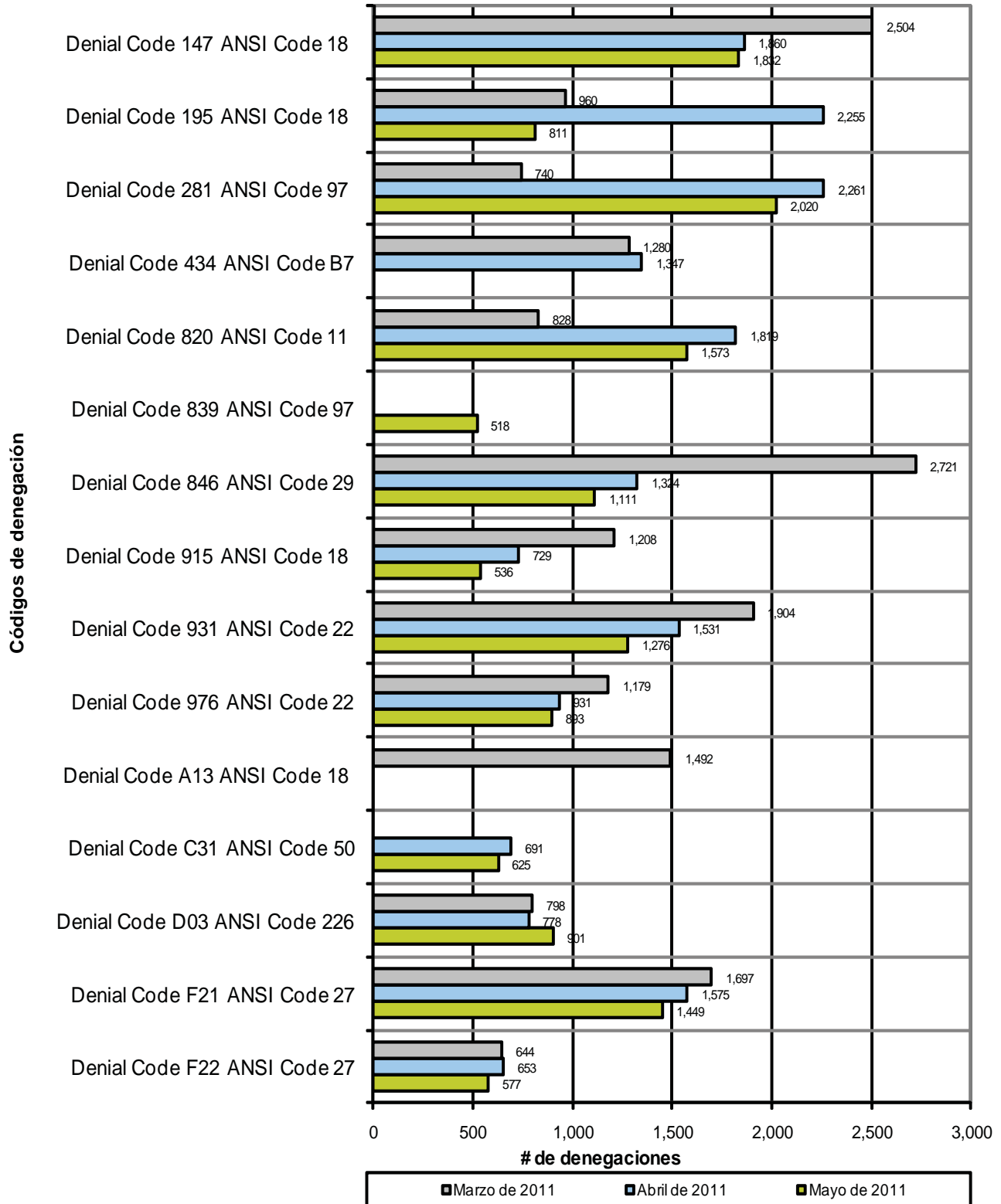
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de marzo - mayo de 2011. Para consejos y recursos que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

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



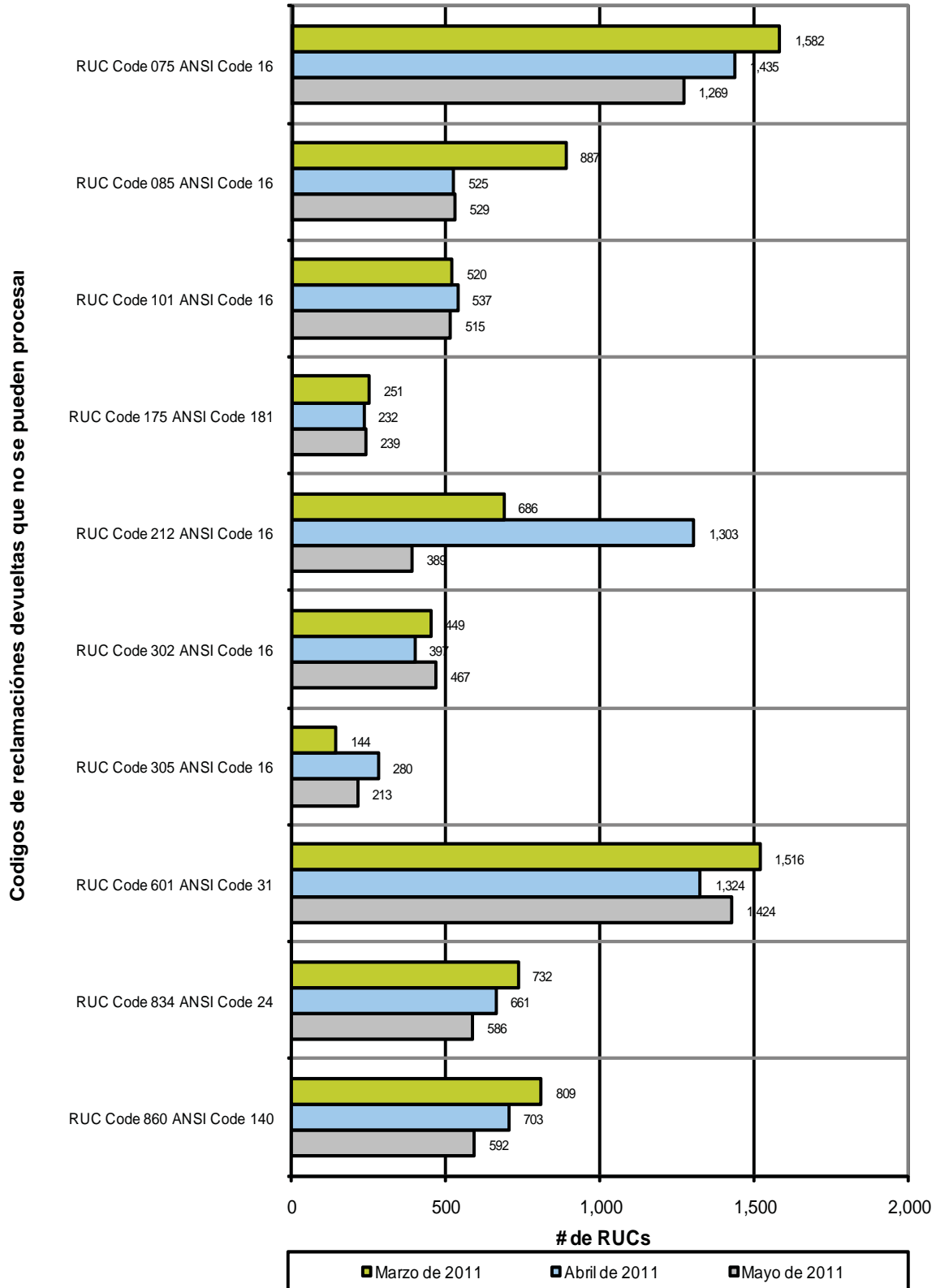
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

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



Determinaciones locales de cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio Web de educación <http://www.medicare.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database. Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A. Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

Cefepime HCL J0692: revisión amplia de investigación	63
Clarificación de declaración calificada del médico	64
77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin.....	64
IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF)	65
J1459: Intravenous immune globulin.....	65
J2778: Ranibizumab (Lucentis®)	66
J7184: Hemophilia clotting factors.....	66
J9310: Rituximab (Rituxan®)	67
Intravitreal bevacizumab (Avastin®)	67
NCSVCS: Noncovered services	68
SKINSUB: Skin substitutes.....	68

Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **no tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.

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

Cefepime HCL J0692: revisión amplia de investigación

El código J0692 del *Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Injection, cefepime HCL, 500 mg [use this code for Maxipime])* fue identificado como problemático en que el análisis de los datos reveló una ración de Florida a nación de dólares permitidos por 1,000 inscritos de 5.89. El análisis de los datos también había determinado que, en muchos casos, las bombas externas de infusión estaban siendo usadas para la administración de antibióticos intravenosos fuera de la oficina del médico. Un artículo educacional fue publicado en octubre de 2009 para informar a los proveedores de las indicaciones cubiertas nacionalmente para la utilización de la bomba externa. Los antibióticos no están incluidos en las indicaciones nacionales cubiertas.

Basado en la conclusión de los hallazgos por el equipo de análisis completo de datos, una recomendación fue hecha a través del *Program Safeguards Communication Group*, para realizar una amplia investigación para el código HCPCS J0692 e incluir los primeros 21 proveedores que prestan este procedimiento. El propósito de la revisión fue el de evaluar cómo el antibiótico intravenoso (IV), *Cefepime*, fue administrado y para determinar si los servicios facturados al contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) fueron médicamente necesarios, codificados apropiadamente, y documentados como que han sido realizados.

Una amplia investigación de revisión médica fue realizada en una muestra de 97 reclamaciones, que abarca a 90 beneficiarios de los cuales todos incluyeron el código *HCPCS J0692*, como también otros 24 códigos *CPT/HCPCS*. Desde que el código *HCPCS J0692* representa una infusión de medicamento antibiótico IV, la administración del medicamento está solamente cubierta cuando es administrada como un servicio “subordinado” de acuerdo con las directrices listadas en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Publicación 100-02, Capítulo 15, Sección 50.3.y 50.4.2 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Medicare cubre los medicamentos médicamente necesarios que son administrados subordinados a los servicios profesionales de un médico si los medicamentos no son usualmente autoadministrados por el paciente. “Para cumplir con todos los requisitos generales de cobertura bajo la provisión de subordinado, un medicamento o producto biológico aprobado por la *Food and Drug Administration (FDA)* debe:

- ser de una forma que no es usualmente autoadministrada;
- ser prestado por un médico; y
- ser administrada por el médico o por el personal auxiliar empleado por el médico y bajo la

supervisión personal del médico”.

(Tenga en cuenta que la “supervisión personal” significa que el médico debe estar presente durante la realización del procedimiento.)

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

En adición, muchos de los registros médicos presentados para revisión incluidos en las hojas de farmacia indicaron que múltiples dosis de antibióticos IV fueron programados para infundir vía bombas de infusión externas. La determinación nacional de cobertura (NCD) para bombas de infusión, localizada en el *Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual*, Publicación 100-03, Capítulo 1, Parte 4, Sección 280.14, de CMS no incluye la administración de antibióticos intravenosos como una indicación cubierta para bombas de infusión externa.

Las indicaciones cubiertas nacionalmente están limitadas a lo siguiente:

- Admisión de deferoxamina en tratamiento de envenenamiento agudo de hierro y sobredosis.
- Admisión de heparina para la enfermedad tromboembólica y/o embolismo pulmonar (en un ambiente institucional solamente).
- Bomba de infusión de quimioterapia en el tratamiento de carcinoma hepatocelular primario o cáncer colorrectal donde esta enfermedad no es resecable; O, donde el paciente rehúsa excisión quirúrgica del tumor.
- Administración de morfina en el tratamiento del dolor intratable causado por cáncer (en un ambiente de hospitalización o ambulatorio, incluyendo un centro de servicios paliativos).
- Infusión de insulina subcutánea continua en el ambiente del hogar para el tratamiento de pacientes diabéticos cuando los criterios especificados son cumplidos.
- Otros usos para las bombas de infusión externas están cubiertos si el personal médico del contratista verifica la propiedad de la terapia y la bomba prescrita para el paciente individual.

En resumen, Medicare no provee reembolso para los
Continúa en la página siguiente

Cefepime...(Continuación)

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

Clarificación de declaración calificada del médico – revisiones a las LCD

Identificador de LCD: L29062, L31461, L29117, L29093, L29118, L29132, L29167, L29181, L29164, L29234, L29265, L29210, L29252, L29305, L29287, L29298 (Florida)

Identificador de LCD: L29080, L31461, L29135, L29108, L29136, L29150, L29333, L29342, L29325, L29369, L29382, L29358, L29378, L29407, L29397, L29403 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

First Coast Services Options Inc. el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) recibió una solicitud externa para revisar y clarificar la intención de las declaraciones de certificación y adiestramiento encontradas en las determinaciones locales de cobertura (LCD) para *avastin* y *lucentis*. Esa revisión resultó en la revisión de la declaración de certificación y adiestramiento. Como resultado, el MAC J9 llevó a cabo una revisión de todas las LCD que contenían la declaración de adiestramiento y certificación y, para esas LCD que contenían la declaración, se revisó la declaración para ser consistente con las revisiones mencionadas arriba. Las siguientes LCD han sido revisadas: J7504 *atgam (lymphocyte immune globulin, antithymocyte globulin [equine])*, 95921 *autonomic function tests*, 71275 *computed tomographic angiography of the chest, heart and coronary arteries*, 78451 *cardiovascular nuclear imaging studies*, 74261 *computed tomographic colonography*, 64622 *destruction of paravertebral facet joint nerves(s)*, 43235 *diagnostic and therapeutic esophagogastroduodenoscopy*, J0740 *ganciclovir and cidofovir*, 95860 *electromyography and nerve conduction studies*, 93965 *non-invasive evaluation of extremity veins*, PULMDIAGSVCS *pulmonary diagnostic services*, 68761 *lacrima punctal plugs*, 64490 *paravertebral facet joint blocks*, 92540 *vestibular function tests*, J1080 *testosterone cypionate and testosterone enanthate*, y 36470 *treatment of varicose veins of the lower extremity*.

La declaración en cuestión está localizada en la sección “*limitations*” o “*utilization guidelines*” de las LCD. En adición, las LCD que contenían la declaración en cualquier anexo de “*Coding Guidelines*” asociado también fueron revisadas para consistencia. La declaración revisada lee como sigue: “El sistema del manual en línea de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), Pub. 100-08, *Medicare Program Integrity Manual*, capítulo 13, Sección 13.5.1 describe que “los servicios razonables y necesarios son ordenados y/o prestados por el personal calificado. Un médico calificado para este servicio/procedimiento es definido como: a.) el médico está inscrito adecuadamente en Medicare y b.) el adiestramiento y pericia deben haber sido adquiridos dentro del marco de tiempo de una residencia acreditada y/o programa de asociación en la especialidad/subespecialidad aplicable en los Estados Unidos y/o por la especialidad de sociedad en los Estados Unidos”.

Fecha de vigencia

Estas revisiones a la LCD son efectivas para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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.

77402: Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L31510 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “*radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin*” fue revisada recientemente en su mayoría el 23 de marzo de 2011. Desde ese tiempo, luego de revisión adicional del lenguaje existente para la definición de un médico calificado bajo la sección de ‘*Supervision and Training*’ de la LCD, una revisión fue hecha para la clarificación de un médico calificado para este servicio e incluye Nuclear Regulatory Commission (NRC). En adición, bajo la sección de ‘*Indications*’ de la LCD para “*external beam radiation therapy*” (EBRT) y braquiterapia “*high dose rate*” (HDR), la tercera y cuarta viñeta fueron revisadas para leer como sigue:

Continúa en la página siguiente

77402: Radiation...(Continuación)

- Tercera viñeta - Terapia de radiación (RT) de carcinoma de célula basal (BCC) o carcinoma de célula escamosa (SCC) en el torso, cuero cabelludo, o bajo la rodilla pueden ser considerados médicamente razonables y necesarios si el paciente tiene comorbilidades que prevendrían una intervención quirúrgica de la lesión (e.g., MRSA; anticoagulación actual o tratamiento antiplaquetario que no puede ser discontinuado); o
- Cuarta viñeta - Terapia de radiación (RT) para carcinoma de célula basal (BCC) o carcinoma de célula escamosa (SCC) bajo la rodilla, o en el cuero cabelludo pueden ser considerados médicamente razonables y necesarios cuando la intervención quirúrgica para remover la lesión requeriría un injerto de piel y/o el cierre sería complicado, por ejemplo debido a fallo cardíaco crónico con edema en la extremidad baja o debido a cierre difícil en el cuero cabelludo.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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.

IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión de directrices de codificación**Identificador de LCD: L29195 (Florida)****Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

El anexo “*Coding Guidelines*” de la determinación local de cobertura (LCD) para “*independent diagnostic testing facility (IDTF)*” fue revisado recientemente en su mayoría el 22 de marzo de 2011. Desde ese tiempo, de acuerdo a la petición de cambio (CR) 7430 los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) con fecha del 20 de mayo de 2011, el “*Credentialing Matrix*” en el anexo “*Coding Guidelines*” ha sido revisado para cambiar el “*Level of Physician Supervision*” para el código CPT 74176-TC a un “1”.

Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo “*Coding Guidelines*” es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 5 de julio de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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.

J1459: Intravenous immune globulin – revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29205 (Florida)****Identificador de LCD: L29356 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para *intravenous immune globulin* fue revisada recientemente en su mayoría el 7 de abril de 2011. Desde entonces, en base a una solicitud de reconsideración, se ha modificado el texto de la LCD que se refiere al diagnóstico de inmunodeficiencia variable común (CVID) en la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*”, subsección “a.) *Primary humeral immunodeficiency syndromes*”. El siguiente texto revisado se incluye en dicha sección de la LCD:

- Reportes de laboratorio que demuestran un nivel IgG de menos de 400 mg/dl del análisis utilizado y no tienen respuesta a la inmunización (ver más abajo); o
- Un nivel de IgG mayor o igual a 400mg/dl con evidencia de infección severa recurrente con terapia de antibióticos documentada y falta de respuesta a la inmunización (ver más abajo);

Continúa en la página siguiente

J1459: Intravenous...(Continuación)**Fecha de vigencia**

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

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

J2778: Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29266 (Florida)****Identificador de LCD: L29383 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para *ranibizumab (Lucentis®)* fue revisada por última vez el 3 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) ha reevaluado la declaración para adiestramiento y calificación encontrada en la LCD basado en una solicitud externa para clarificar la intención de la declaración. Esta declaración se encuentra bajo la sección “limitations” de la LCD. El MAC J9 ha revisado la declaración la cual ahora define lo que es un médico calificado para los servicios descritos en la LCD. La declaración anterior que limita el desarrollo del servicio a un oftalmólogo certificado por la junta ha sido removida.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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.

J7184: Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29187 (Florida)****Identificador de LCD: L29345 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para *hemophilia clotting factors* fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2011. Desde entonces, esta LCD ha sido modificada en base a transmisión 2207, orden de cambio (CR) 7303 del 29 de abril de 2011, y transmisión 2227, CR 7303 del 24 de mayo de 2011 y transmisión CMS 2223, CR 7430 del 20 de mayo de 2011 y transmisión CMS 2235, CR 7445 del 3 de junio de 2011, de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), para eliminar el código HCPCS J7184 (*Injection, von Willebrand factor complex (human), Wilate, per 100 IU VWF:RCO*) y reemplazarlo con código HCPCS Q2041 (*Injection, von Willebrand factor complex (human), Wilate, 1 I.U. VWF:RCO*) bajo la sección ‘CPT/HCPCS Codes’ de la LCD. Además el “Contractor’s Determination Number” fue cambiado a AJ7186.

Fecha de vigencia

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

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

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

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

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

J9310: Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29271 (Florida)

Identificador de LCD: L29472 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para *rituximab (Rituxan®)* fue revisada recientemente en su mayoría el 28 de enero de 2011. Desde entonces, se modificó la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*” de la LCD para incluir las siguientes indicaciones aprobadas por *Food and Drug Administration (FDA)*:

En combinación con glucocorticoides, para el tratamiento de pacientes adultos con *Wegener’s granulomatosis (WG)* y *microscopic polyangiitis (MPA)*

Además de lo anterior, fueron agregados los códigos *ICD-9-CM 446.0 (Polyarteritis nodosa [microscopic polyangiitis])* y *446.4 (Wegener’s granulomatosis)* en la sección “*ICD-9 Codes that Support Medical Necessity*” de la LCD y fue actualizada la sección “*Sources of Information and Basis for Decision*”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 20 de junio de 2011**, para servicios provistos **a partir del 19 de abril de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

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

Intravitreal bevacizumab (Avastin®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29959 (Florida)

Identificador de LCD: L29961 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “*intravitreal bevacizumab (Avastin®)*” fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) ha reevaluado la declaración de adiestramiento y calificación encontrada en la LCD basado en una solicitud externa para clarificar la intención de la declaración. Esta declaración se encuentra en la sección “*limitations*” de la LCD. El MAC J9 ha revisado la declaración la cual ahora define qué es médico calificado para los servicios descritos en la LCD. La declaración previa que limita el desarrollo del servicio a un oftalmólogo certificado por la junta ha sido removida.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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.

NCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para “*noncovered services*” (servicios no cubiertos) fue revisada por última vez el 7 de junio de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD. La actualización de julio de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) al CY 2011 *Medicare Physician Fee Schedule Database* (MPFSDB), petición de cambio (CR) 7430, transmisión 2223, fecha del 20 de mayo de 2011, lista el código CPT 0275T (*Percutaneous laminotomy/laminectomy (intralaminar approach) for decompression of neural elements, (with or without ligamentous resection, discectomy, facetectomy and/or foraminotomy) any method under indirect image guidance (eg, fluoroscopic, CT), with or without the use of an endoscope, single or multiple levels, unilateral or bilateral; lumbar*) como un nuevo código.

Puesto que ha sido determinado que el código CPT 0275T representa un procedimiento ‘*Minimally Invasive Lumbar Decompression (mild) for lumbar spinal stenosis*’, el código CPT 64999 (*Minimally Invasive Lumbar Decompression (mild) for lumbar spinal stenosis*) fue removido de la sección “CPT/HCPCS Codes -- Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD y reemplazado con el código CPT 0275T.

Fecha de vigencia

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

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

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

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

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

SKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29279 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para *skin substitutes* (injertos de piel) fue revisada recientemente en su mayoría el 13 de febrero de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido modificada en base a la orden de cambio 7445, transmisión 2235, (actualización de julio de 2011 del *Hospital Outpatient Prospective Payment System* [OPPS]), con fecha 3 de junio de 2011, emitida por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Una evaluación del código HCPCS C9365 (*Oasis ultra tri-layer matrix*, por centímetro cuadrado) determinó que este código de injerto de piel debe ser agregado a la sección de códigos “CPT/HCPCS Codes” de la LCD, en subsección “*The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products.*”

Fecha de vigencia

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

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

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

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

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

Formulario de Parte B

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

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

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important

Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims
Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims
Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

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