

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Julio 2011



CMS anuncia una semana nacional de prueba de versión 5010

Lunes 22 al viernes 26 de agosto

El fin del plazo de implementación de versión 5010, domingo 1 de enero de 2012, está acercándose rápidamente. Todas las entidades cubiertas por HIPAA deben prepararse para esta transición, incluyendo pruebas externas para asegurar cumplimiento dentro del plazo.

¿Está usted preparado para la transición?

Se insta a todas las partes interesadas, asociadas a servicio-a-tarifa-fija (FFS) de Medicare, a ponerse cuanto antes en contacto con sus respectivos contratistas administrativos de Medicare (MAC) y realizar pruebas para obtener un mejor entendimiento de los protocolos de su MAC y de la transición a versión 5010.

Para participar en este esfuerzo, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) junto con el programa FFS de Medicare, anuncian la semana nacional de prueba de 5010 que será realizada del lunes 22 al viernes 26 de agosto. La semana nacional de prueba de 5010 es una oportunidad para que las partes interesadas se unan y prueben sus esfuerzos por cumplir que están en proceso con el beneficio agregado de apoyo en tiempo real y acceso directo e inmediato a MAC. CMS insta a todas las partes interesadas a participar en la semana nacional de prueba de 5010, incluyendo:

- Proveedores;
- Casas de facturación; y
- Vendedores.

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales	25
Información para proveedores de la Parte A.....	26
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	36
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	38
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	39
Información para proveedores de la Parte B.....	40
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	50
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	54
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	55

Su MAC local le dará más detalles concernientes a las transacciones que serán probadas. Hay varias agencias estatales de Medicaid que estarán también participando en la semana nacional de prueba de 5010; pronto habrá más detalles disponibles acerca de pruebas de Medicaid.

De nuevo, la semana nacional de prueba de 5010 de CMS no impide que las partes interesadas puedan realizar pruebas de inmediato con su MAC. No espere hasta agosto. CMS le insta a comenzar a trabajar con su MAC de inmediato para asegurarse que cumplirá a tiempo.

Considere que se requieren pruebas exitosas antes que una parte interesada pueda ser puesta en producción.

Esperamos que todas las partes interesadas se unan a CMS durante la semana del lunes 22 de agosto y aprovechen esta gran oportunidad para asegurar que sus esfuerzos de prueba y transición van por el camino correcto.

Para más información acerca de versión 5010, visite el sitio Web de CMS dedicada a 5010, en <http://www.CMS.gov/Versions5010andDO>.

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

Fuente: CMS PERL 201107-27



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3
Actualización trimestral para proveedores	4
Partes A y B	
Cobertura y Reembolso	
Tratamiento de inmunoterapia celular	5
Folleto revisado ABN of Noncoverage.....	5
Exámenes del uso de alcohol y depresión.....	6
FAQ sobre EHR de Medicare.....	6
Módulos de Medscape disponibles en EHR....	7
Lanzamiento de EHR en cuatro estados	8
Teleconferencia nacional sobre EHR	8
Recursos para dar testimonio sobre EHR.....	9
Facturación de servicios subordinados	9
Carta del administrador de CMS	10
Resultados de salud del primer trimestre	10
Calcular áreas de servicios primarios.....	10
Política propuesta y cambios en el pago	11
Reporte comparativo de facturación.....	12
Partnership for Patients alcanza meta	12
Place of Service Codes en sitio Web CMS ...	13
HIPAA	
Implementación documentación.....	13
Calendario de implementación	13
Actúe ahora para transición 5010.....	15
Inscripción del Proveedor	
Requisitos de acreditación ADI.....	15
Hoja informativa del proveedor-suplidor.....	16
Tarifa Fija	
Demostración de pruebas complejas	17
Ajuste de reclalmaciones de terapia.....	18
Información General	
Revisión del índice de interés	19
Actualización de ICD-9-CM	19
Disponibles Anual Wellness Visit	20
Hoja informativa revisada	20
Folleto Inmunizaciones preventivas	21
Nuevos podcasts sobre evitar errores.....	21
Información de terapia de rehabilitación.....	21
Materiales de teleconferencia del 18 mayo...21	
Folleto sobre examen de cáncer	22
Folleto Medicare Ambulance Services	22
Servicios preventivos actualizados.....	22
Programa de exhibición del proveedor	23
Tobacco-Use Cessation Counseling	23
Bone Mass Measurement.....	23
Hojas informativas DMEPOS impresa.....	24
Solicitudes de reapertura de reclamaciones .24	
Recursos Educativos	
Próximos eventos educativos.....	25

Parte A	
ESRD	
Modificaciones al PPS de ESRD.....	26
Materiales para el ODF de ESRD	26
PC Pricer ESRD de 2011	26
Hospital	
Índice de reglas remuneraciones de IPPS ...27	
Actualización de INP PPS PC Pricer	27
Pagos Prospectivos	
Hoja informativa revisada IPF PPS	28
Cambios de pago de salud en el hogar.....	28
Archivos trimestrales específicos	29
Actualización de 2011 OPPS Pricer	30
Centros de Enfermería Especializada	
Clarificación de facturación de SNF	30
Materiales de enseñanza de MDS 3.0	30
Información General	
Actualización pago y corrección de CWF.....	31
Nuevas FAQ de EHR.....	31
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	33
Determinaciones Locales de Cobertura	
Tabla de contenido de LCD Parte A.....	36
Ordenar materiales de Parte A	38
Contactos Parte A de Puerto Rico	39
Parte B	
Tarifa Fija	
Nuevos recursos educacionales eRx	40
Hojas informativas de PQRS.....	40
Programa de incentivo eRx de 2011	41
Actualización 2010 al eRx	42
Actualización 2011 al eRx	42
PQRS	
Hojas informativas de PQRS.....	43
Información General	
Códigos de especialidad para servicios	44
Tarifas fijas del médico	44
Requisitos de acreditación	45
Políticas de servicios quiroprácticos.....	46
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	47
Determinaciones Locales de Cobertura	
Tabla de contenido de LCD Parte B	50
Ordenar materiales de Parte B	54
Contactos Parte B de Puerto Rico	55

Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 7
Julio de 2011

Publications staff

Elvyn Nieves
Terri Drury
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.

All stock photographs are used by permission from www.shutterstock.com.

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.

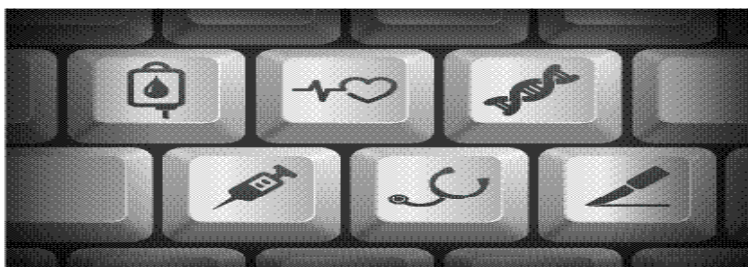
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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.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. ❖

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

Cobertura y Reembolso

Tratamiento de inmunoterapia celular autóloga del cáncer metastásico a la próstata

Número de *MLN Matters*: MM7431

Número de petición de cambio relacionado: 7431

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de julio de 2011

Fecha de efectividad: 30 de junio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2254CP y R133NCD

Fecha de implementación: 8 de agosto de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han determinado la evidencia necesaria para indicar el tratamiento de inmunoterapia celular autóloga – Sipuleucel-T; PROVENGE® da por resultado la mejoría de la salud de beneficiarios de Medicare con cáncer metastásico a la próstata asintomático o mínimamente sintomático metástasis resistente-a-castración (refractario a hormonas). Es por lo tanto razonable y necesario el uso de esta indicación en la etiqueta, de acuerdo a Social Security Act (1862(a)(1)(A)); para servicios a partir del 30 de junio de 2011.

Código(s) C9273 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) serán eliminados el 30 de junio de 2011 y reemplazados con Q2043 con fecha de vigencia a partir de 1 de Julio de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7431.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7431, 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/R133NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 133, CR 7431

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.

Folleto revisado *Advance Beneficiary Notice of Noncoverage – Part A and Part B*

El folleto *Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN) – Part A and Part B*, el cual está diseñado para proveer educación sobre el ABN, ha sido actualizado y ahora está disponible en formato para descargar, libre de costo, del *Medicare Learning Network® (MLN)*. Para ver, descargar, o imprimir el folleto, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ABN_Booklet_ICN006266.pdf. Una versión en copia impresa de este producto estará disponible luego.

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

Fuente: CMS PERL 201106-49

Medicare propone cobertura de exámenes/consejos sobre mal uso del alcohol y por depresión

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han propuesto agregar exámenes de alcoholismo y consejos de conducta y exámenes por depresión al conjunto de servicios preventivos cubiertos por Medicare. Estas determinaciones nacionales de cobertura (NCD) propuestas, se promulgan bajo la autoridad concedida por Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA), que permite a CMS agregar cobertura a los nuevos servicios preventivos recomendados por U.S. Preventive Services Task Force y que son apropiados para estos beneficiarios.

Bajo las nuevas propuestas, Medicare cubrirá un examen anual de mal uso del alcohol para un beneficiario, realizado por su proveedor de cuidados primarios, lo que también puede incluir cuatro sesiones anuales de consejos acerca de la conducta. Medicare puede también cubrir un examen anual por depresión en el lugar donde se prestan los cuidados primarios, cuyo personal presta asistencia a los cuidados de la depresión, de manera que los beneficiarios puedan recibir un diagnóstico preciso, tratamiento efectivo y seguimiento.

Son bienvenidos, durante los próximos 30 días, los comentarios públicos sobre estas proposiciones. CMS emitirá las decisiones finales de cobertura más adelante, durante el presente año.

[Haga clic aquí](#) para acceder la propuesta por exámenes y consejos sobre el mal uso del alcohol.

[Haga clic aquí](#) para acceder la propuesta por exámenes y consejos sobre depresión.

Fuente: CMS PERL 201107-42

Programas de Incentivos

Nueva FAQ sobre pago para el programa de incentivo EHR de Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desean mantenerle actualizado con información sobre los programas de incentivo registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid. Tómese un minuto y revise la nueva pregunta frecuente (FAQ) sobre recibir un pago de incentivo en el programa de incentivo de EHR de Medicare.

Pregunta: Soy un profesional elegible (EP) que satisfactoriamente atestiguó para el programa de incentivo EHR de Medicare, ¿por qué no he recibido todavía mi pago de incentivo?

Respuesta: Para los EP, los pagos de incentivo para el programa de incentivo EHR de Medicare serán emitidos aproximadamente de cuatro a ocho semanas después de que un EP atestigüe satisfactoriamente que han demostrado uso significativo de tecnología EHR certificada. Sin embargo, los EP no recibirán pagos de incentivo dentro de ese marco de tiempo si no han cumplido todavía con el margen de cargos permitidos para los servicios profesionales cubiertos prestados por el EP durante el año.

Los pagos de incentivo EHR de Medicare a los EP están basados en un 75 por ciento de los cargos permitidos estimados para los servicios profesionales cubiertos que fueron prestados por el EP durante el año de pago completo. Por lo tanto, para recibir un pago de incentivo máximo de \$18,000 para el primer año de participación en el 2011 o 2012, el EP debe acumular \$24,000 en cargos permitidos. Si el EP no ha cumplido el margen de \$24,000 en cargos permitidos a la hora de atestación, CMS retendrá el pago de incentivo hasta que el EP cumpla el margen de \$24,000 para maximizar la cantidad del pago de incentivo EHR que el EP recibe. Si el EP todavía no ha cumplido el margen de \$24,000 en cargos permitidos para el fin del año calendario, CMS espera emitir un pago de incentivo para el EP en marzo de 2012, (permitiendo 60 días después del fin del año calendario 2011, para todas las reclamaciones pendientes a ser procesadas).

Los pagos a los EP de Medicare serán realizados al número de identificación para impuestos (TIN) seleccionado a la hora de inscripción a través de los mismos canales que se realizan los pagos de reclamaciones. La forma de pago (transferencia de fondos electrónicos o cheque) será el mismo que los pagos de reclamaciones.

Los pagos de bono para los EP que practican predominantemente en lugares geográficos de escasez en el área profesional de la salud (HPSA) serán realizados como pagos globales separados a más tardar 120 días después del término del año calendario para el cual el EP fue elegible para el pago del bono.

¿Deseas más información sobre los programas de incentivo EHR?

Continúa en la página siguiente

Nueva...(continuación)

Asegúrese de visitar el sitio Web de CMS EHR Incentive Programs para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo EHR.

Fuente: CMS PERL 201106-47

Módulos de Medscape disponibles en los programas de incentivo EHR de CMS

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que a través de la educación de Medscape, los proveedores ahora tienen la oportunidad de obtener créditos de educación continua médica (CME) al aprender más sobre los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR).

En el sitio Web de [Medscape's EHR Learning Center](#), los principales médicos expertos en informática médica proveen información, recursos, y herramientas para ayudar a los proveedores a determinar la elegibilidad para los programas de incentivo EHR, entender los requisitos de participación, tomar los pasos para participar, y reconocer los beneficios inmediatos de participación y consecuencias futuras de no participar.

Al completar el módulo "From Meaningful Use to Meaningful Care", los proveedores pueden obtener crédito CME mientras ganan un mejor entendimiento sobre el propósito de los programas de incentivo EHR, los estados de uso significativo, un calendario de las fechas importantes, y, lo más importante, cómo se beneficiarán los pacientes.

Los proveedores también pueden usar Medscape Learning Center para determinar su entendimiento de los programas de incentivo EHR al tomar la autoevaluación del participante "Medicare and Medicaid EHR Incentives: What Do You Know and Do You Know Enough?". Al finalizar esta evaluación, los proveedores pueden ayudar a delinear el contenido de futuras actividades CME para cubrir los espacios identificados en el desempeño clínico.

El sitio también ofrece entrevistas en las cuales los médicos expertos en EHR explican por qué es importante inscribirse en los programas y la significancia de los EHR en el cuidado de la salud en general. Las entrevistas expertas incluyen:

- Inscribirse para el programa de incentivo EHR – "Ready, Set, Go: An Expert Interview With Jason M Mitchell, MD, and Richard Paula, MD"
- ¿Es usted un profesional que no se ha inscrito en el programa de incentivo EHR? ¿Qué está esperando? – "An Expert Interview With William F Bria II, MD"

En las próximas semanas los nuevos módulos CME sobre uso significativo también estarán disponibles; busque un mensaje para anunciar estos nuevos recursos de aprendizaje. La membresía en Medscape es gratuita, pero usted debe inscribirse para ver el contenido: usted no tiene que ser un profesional de la salud.

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR?

Visite el sitio Web [CMS EHR Incentive Programs](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo EHR; también inscríbese para [EHR Incentive Programs email update listserv](#).

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

Fuente: CMS PERL 201107-17



Lanzamiento del programa de incentivo EHR de Medicaid en cuatro nuevos estados durante el mes de julio

El programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) fue lanzado en Arizona, Connecticut, Rhode Island y West Virginia, el lunes 4 de julio. Esto significa que los profesionales y hospitales elegibles en estos cuatro estados podrán completar sus programas de incentivo EHR a nivel de estado y recibir pagos de incentivo. Se puede encontrar más información acerca del programa de incentivo EHR de Medicaid en la página [Medicare and Medicaid EHR incentive program basics](#) del sitio Web EHR de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Si usted es residente de Arizona, Connecticut, Rhode Island o West Virginia y es elegible para participar en el programa de incentivo EHR de Medicaid, visite el sitio Web de Medicaid de su agencia para obtener más información acerca de la participación de su estado en el programa de incentivo EHR de Medicaid:

- [Arizona](#)
- [Connecticut](#)
- [Rhode Island](#)
- [West Virginia](#)

Veintiún estados han lanzado programas de incentivo EHR de Medicaid y 14 estados han hecho pagos de incentivo a profesionales y hospitales de Medicaid elegibles que han adoptado, implementado o actualizado la tecnología certificada EHR. CMS espera anunciar el lanzamiento de programas en más estados durante los próximos meses. Para obtener una lista completa de los estados que ya han comenzado su participación en el programa de incentivo EHR de Medicaid, vea la página [Medicaid State Information](#) en el sitio Web EHR de CMS.

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR? Visite [CMS EHR incentive programs website](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones acerca de los programas de incentivo EHR, también puede buscar en [EHR incentive programs email update Listserv](#).

Fuente: CMS PERL 201107-26

Recuerde la fecha: Teleconferencia nacional del proveedor sobre programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid

“Comprender el uso significativo”

Jueves 18 de agosto, 1:30-3:00 p.m. ET

Los proveedores han recibido más de \$273 millones en pagos de incentivo EHR de Medicare y Medicaid. Usted también podría ser elegible para un pago. Únase a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en la teleconferencia nacional del proveedor del 18 de agosto, sobre requisitos de uso significativo del programa de incentivo de registros de salud electrónicos de Medicare y Medicaid.

Agenda:

- Definición de “uso significativo”
- Requisitos de uso significativo nivel 1 (2011 y 2012)
- Dando testimonio de uso significativo
- Objetivos de Meaningful Use Objectives Specification Sheets (hojas de especificación de objetivos de uso significativo)
- [Stage 1 EHR Meaningful Use Specification Sheets for Eligible Professionals](#)
- [Stage 1 EHR Meaningful Use Specification Sheets for Eligible Hospitals](#)
- Sesión de preguntas y respuestas

La información de inscripción estará pronto disponible y compartiremos anuncios vía Listserv y el sitio Web del programa de incentivo EHR [Spotlight and Upcoming Events Page](#).

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

Fuente: CMS PERL 201107-40

Recursos de CMS para dar testimonio para registros de salud electrónicos

¿Es usted un profesional elegible (EP) o representa un hospital participante del Medicare Electronic Health Record (EHR) Incentive Program? Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) tienen recursos para ayudarle a dar testimonio de que cumple con los requisitos de uso significativo para recibir su pago de incentivo EHR.

Los recursos para dar testimonio, localizados en el sitio Web CMS EHR incluyen:

- [Attestation page](#) en el sitio Web CMS EHR, donde los participantes en el programa de incentivo Medicare EHR pueden encontrar información importante sobre dar testimonio.
- [Meaningful Use Attestation Calculator](#) permite a los hospitales y EP elegibles, revisar si cumplen con las pautas de uso significativo, antes que den testimonio en el sistema. El calculador imprime una copia del resumen de mediciones de cada EP u hospital elegible.
- [Attestation User Guide for Medicare Eligible Professionals](#) y [Attestation User Guide for Eligible Hospitals](#) guían paso a paso los EP y hospitales elegibles que participan en el programa de incentivo Medicare HER, sobre la manera de navegar el sistema de dar testimonio.
- Hojas de trabajo para EPs y para [eligible hospitals](#) permiten a los usuarios completar sus valores de mediciones de uso significativo, de manera tal de tener una herramienta de referencia rápida en el momento de dar testimonio.
- [Eligible Professional Medicare EHR Incentive Program Attestation Webinar](#), es una versión en video de las pautas de EP que muestra cómo completar el proceso de dar testimonio.

Todos los participantes en el programa de incentivo Medicare EHR deben dar testimonio. Usted puede hacerlo vía [CMS' Medicare & Medicaid EHR Incentive Program Registration and Attestation System](#).

¿Necesita más información acerca del programa de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar [EHR incentive programs website](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones de los programas de incentivo EHR.

Fuente: CMS PERL 201107-46

Facturación

Facturación de farmacia para los medicamentos provistos “subordinados” a los servicios de un médico

Número de *MLN Matters*: MM7397 — Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7397
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2011
Fecha de efectividad: 15 de agosto de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R2251CP
Fecha de implementación: 15 de agosto 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.



Continúa en la página siguiente

Facturación...(continuación)

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/R2251CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2251, 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.

Carta del administrador de CMS a los profesionales del cuidado de la salud publicada en el sitio Web

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado en línea el lunes, 20 de junio, la carta del Administrador de CMS, Donald M. Berwick, M.D., que enfatiza las oportunidades de los proveedores, beneficiarios de Medicare, y pacientes no cubiertos por Medicare como resultado del Affordable Care Act. La carta fue enviada a los proveedores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare por los contratistas administrativos de Medicare (MAC) durante la semana del lunes, 20 de junio, y ahora se encuentra en http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201106-51

Resultados de salud del primer trimestre de licitación competitiva DMEPOS

El 1 de enero de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) lanzaron la primera fase de Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Competitive Bidding Program en nueve áreas diferentes del país.

Desde que se implementó el programa, CMS ha estado efectuando análisis de reclamaciones en tiempo real para grupos de beneficiarios de Medicare que podrían potencialmente ser afectados por el programa. CMS ha publicado ahora los resultados del primer trimestre de 2011 de DMEPOS Competitive Bidding Program, que muestran que no ha habido cambios significativos en resultados de salud para estos grupos. Para ver estos resultados, visite http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/01A3_Monitoring.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201106-55

Datos de Medicare para calcular sus áreas de servicios primarios

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado datos que permiten a los postulantes del Medicare Shared Savings Program, calcular la parte de servicios que les corresponde en cada área establecida de servicio primario (PSA), como se describe en *Proposed Antitrust Enforcement Policy Statement Regarding Accountable Care Organizations Participating in the Medicare Shared Savings Program* del Federal Trade Commission/Department of Justice (FTC/DOJ). Los conjuntos de datos disponibles incluyen:

- “Physician file” — todas las reclamaciones de servicios a tarifa fija de 2010 (1 de enero al 31 de diciembre)
- “Inpatient facility file” — todas las reclamaciones por paciente hospitalizado del año fiscal (FY) 2010 (1 de octubre de 2009 al 30 de septiembre de 2010)
- “Outpatient facility file” — todas las reclamaciones por paciente ambulatorio de 2010 (1 de enero al 31 de diciembre)

Continúa en la página siguiente

Datos...(continuación)

Archivos de referencias cruzadas de códigos de tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios incluyen:

- Referencias cruzadas de códigos de centros de cirugía ambulatoria (ASC) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) con categorías de paciente ambulatorio
- Referencias cruzadas de clasificaciones de pago ambulatorio (APC) con categorías de paciente ambulatorio
- Referencias cruzadas de grupos de diagnóstico relacionados (DRG) con categorías de diagnóstico mayoritario (MDC)

Para acceder estos datos, visite el sitio Web CMS Shared Savings Program, en <http://www.cms.gov/sharedsavingsprogram>, seleccione “Medicare Data to Calculate Your Primary Service Area” y vaya a la sección “Downloads” al final de la página.

Para instrucciones detalladas de cómo utilizar estos datos para calcular la parte de PSA que corresponde, los postulantes deberán referirse a FTC/DOJ Policy Statement.

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

Fuente: CMS PERL 201106-56

Política propuesta y cambios en el pago por atención al paciente ambulatorio en hospitales y centros de cirugía ambulatoria

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una proposición de regla que actualizaría las políticas y tasas de pago por servicios provistos a beneficiarios de Medicare en departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales (HOPD) y centros de cirugía ambulatoria (ASC), a partir del 1 de enero de 2012. La regla propuesta continuará enfatizando la importancia de asegurar que los beneficiarios reciban atención de primera calidad sin importar el lugar en que se provee dicha atención.

La regla propuesta también contiene sugerencias que podrían fortalecer el Hospital Value-Based Purchasing (HVBP) Program. El programa HVBP, que fue exigido por el Affordable Care Act of 2010, atará una parte del pago de hospital por estadía del paciente bajo el sistema de pago prospectivo de paciente hospitalizado del año fiscal (FY) 2014 a su puntaje de desempeño en un conjunto de mediciones de calidad. CMS emitió una regla final estableciendo este programa para abril de este año.

CMS está también proponiendo cambios al Medicare Electronic Health Record Incentive Program que permitirá a los hospitales elegibles y hospitales de urgencia (CAH) reportar mediciones de calidad clínica para 2012 por participación en un reporte electrónico piloto.

La regla propuesta continuará fortaleciendo el Hospital Outpatient Quality Reporting Program y establecerá, por primera vez, un programa de reporte de calidad para ASC.

Finalmente, la regla propuesta implementará ciertas disposiciones del Affordable Care Act que afectan la expansión de hospitales de propiedad del médico. El Affordable Care Act reduce el acceso a excepciones de “proveedor rural” y “hospital completo”, al limitar en parte la capacidad de expansión de hospitales de propiedad del médico. Sin embargo, el Affordable Care Act también exige a CMS crear un procedimiento para que ciertos hospitales de propiedad del médico puedan solicitar una excepción a la prohibición de expandir la capacidad del establecimiento. El procedimiento de excepción propuesto para la expansión de la capacidad de un hospital de propiedad del médico debe reflejar el criterio estatutario.

[Haga clic aquí](#) para leer el comunicado de prensa completo de CMS.

Además, para información adicional ver [CMS fact sheets](#) y [OPPS/ASC Rule at Federal Register](#).

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

Fuente: CMS PERL 201107-04

CMS publicará un reporte comparativo de facturación de órdenes médicas de dispositivos ortóticos espinales

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicarán en julio un reporte comparativo de facturación (CBR) enfocado en órdenes médicas de dispositivos ortóticos espinales facturados a Medicare. El CBR será entregado en toda la nación a aproximadamente 5,000 médicos que ordenan el dispositivo.

El CBR elaborado por SafeGuard Services bajo contrato con CMS, provee datos acerca de cómo se comparan, unos con otros, los proveedores de cuidados de salud, observando rutinas de utilización de servicios, tipo de beneficiarios y diagnósticos facturados. CMS ha recibido comentarios de algunos proveedores de que esta clase de datos es muy útil para ayudarlos y nos dan ánimo para producir más CBR y ponerlos a disposición de los proveedores.

Estos reportes no están a disposición de todos sino que son solamente para el proveedor que los recibe. Para asegurar privacidad, CMS presenta solamente información resumida. No se incluyen datos de casos específicos. Estos reportes son un ejemplo de herramienta de ayuda a los proveedores a cumplir con las reglas de facturación de Medicare y mejorar el nivel de atención que dan a sus pacientes de Medicare.

Para más información y para ver un ejemplo del CBR de ortóticos espinal, visite el sitio Web de CBR Services en <http://www.CBRservices.com> o llame a servicio al cliente de SafeGuard al 530-896-7080.

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

Fuente: CMS PERL 201107-24

Partnership for Patients alcanza meta de participación de más de 2,000 hospitales

Iniciativa de la Administración Obama apunta a mejorar la seguridad del paciente y reducir costos

El viernes 8 de Julio, la Secretaria del U.S. Department of Health and Human Services, Kathleen Sebelius, anunció que cerca de 4,500 organizaciones – incluyendo más de 2,000 hospitales – han comprometido su apoyo a la nueva iniciativa nacional de seguridad del paciente propuesta por la Administración Obama: Partnership for Patients. En menos de tres meses, la Administración ha alcanzado la meta de 2,000 hospitales comprometiendo su apoyo.

En un llamado de conferencia con líderes de la mayoría de los hospitales, empleadores, planes de salud, médicos, enfermeras, representantes de pacientes y funcionarios de gobiernos estatales, la Secretaria informó acerca de los progresos de Partnership for Patients, instándolos a contactar sus colegas y comenzar el desafiante y urgente trabajo de hacer el cuidado de la salud más seguro y menos costoso para todos los americanos.

Partnership for Patients tiene también el potencial de ahorrar \$35 billones en costos de cuidados de la salud, incluyendo hasta \$10 billones de Medicare. Durante los próximos diez años, Partnership for Patients podría reducir costos de Medicare en cerca de \$50 billones y dar como resultado más billones en ahorros de Medicaid.

Partnership for Patients ha anunciado dos oportunidades de financiamiento creadas por Affordable Care Act:

- Community-Based Care Transitions Program que provee hasta \$500 millones en financiamiento a organizaciones de base comunitaria asociadas con hospitales para ayudar a la seguridad del paciente durante traslados entre distintos lugares de atención. Para leer más acerca de este programa y como postular, visite http://www.Healthcare.gov/center/programs/partnership/safer/transitions_.html. Los postulantes serán aceptados en base a su inscripción.
- Innovation Center de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha publicado un llamado a licitación para organizaciones estatales, regionales, nacionales o sistemas de hospitales para manejo de proyectos de mejoras a los que pueden unirse los hospitales afiliados. Para más información, visite <https://www.FBO.gov/spg/HHS/HCF/AGG/APP111513/listing.html>.

Para más información acerca de la iniciativa Partnership for Patients e historias de éxito, o para participar, visite <http://www.Healthcare.gov/partnershipforpatients>

El texto completo del extracto de este comunicado de prensa puede encontrarse en el sitio Web de CMS en <http://www.CMS.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4019>.

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

Fuente: CMS PERL 201107-28

‘Place of Service Codes’ en el sitio Web de CMS

En el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se encuentra disponible una nueva sección de *Place of Service Codes*. Esta sección está bajo la categoría “Coding” en el tabulador Medicare del sitio Web de CMS en: <http://www.cms.gov/place-of-service-codes/>. Desde esta sección, usted puede acceder una versión apta para ser impresa del documento “*Place of Service Codes for Professional Claims*”. Este documento está también disponible en la sección Downloads de las dos páginas Web siguientes: [HCPCS General Information](#) y [Physician Fee Schedule - Overview](#). Esta sección *Place of Service Codes* estaba anteriormente en el sitio Web de Medicaid.

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

Fuente: CMS PERL 201107-34

HIPAA

La implementación de documentación de segmento X12N de versión 5010 ha sido postergada

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han postergado la implementación del segmento de documentación (PWK) asociado a versión X12N de 5010 837 de transacciones de reclamaciones profesionales e institucionales fijadas originalmente para julio y octubre de 2011. Esto significa que quienes facturan a Medicare continuarán presentando documentación adicional necesaria para adjudicación de reclamaciones continuando el procedimiento existente establecido por su contratista administrativo de reclamaciones de Medicare.

CMS dará a quienes facturan a Medicare, una notificación con mucha anticipación antes de implementar órdenes de cambio (CR) 7041 y 7306, las que modifican la manera en que se presenta la documentación adicional necesaria para adjudicación. Para información adicional con respecto a CR 7041 y 7306, refiérase a los artículos de MLN Matters asociados a estas CR:

[MM7041](#)

[MM7306](#)

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

Fuente: CMS PERL 201107-09

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

[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?](#)

Continúa en la página siguiente

HIPAA...(continuación)

Calendario de implementación

Eventos actuales

Agosto 2011

24 de agosto: National MAC testing day

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

Próximos eventos

Septiembre 2011

Septiembre 14: CMS-hosted Medicare fee-for-service national call — sesión de preguntas y respuestas

Octubre 2011

5 de octubre: MAC hosted outreach and education sesión — último esfuerzo de implementación

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.O. errata requirements and testing schedule released](#)

27 de octubre: [5010 national call – NCPDP version D.O. transaction](#)

Noviembre de 2010

4 de noviembre: [Version 5010 resource card published](#)

8 de noviembre: [WEDI 2010 fall conference](#) *

17 de noviembre: [5010 national call – coordination of benefits \(COB\)](#)

Diciembre de 2010

8 de diciembre: [5010 national call – MAC outreach and education activities and transaction-specific testing protocols](#)

Enero de 2011

1 de enero: Comienzo del año de transición

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

19 de enero: [5010 national call – errata/companion guides](#)

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

Febrero de 2011

20-24 de Febrero: [Healthcare Information and Management Systems Society \(HIMSS\) 11th Annual Conference & Exhibition](#) *

Marzo de 2011

1 de marzo 1: 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](#)

Continúa en la página siguiente

HIPAA...(continuación)

Junio 2011

15 de junio: Día Nacional de Pruebas MAC

29 de junio: CMS-hosted Medicare fee-for-service national call – sesión de preguntas y respuestas

Julio 2011

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

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

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

Fuente: CMS PERL 201107-10

Actúe ahora para prepararse para la transición a versión 5010

La transición a versión 5010 está a menos de seis meses para todas las entidades cubiertas por HIPAA. Esto significa que para presentar reclamaciones de manera electrónica, todas las entidades cubiertas deben actualizar su versión 4010/4010A a versión 5010. A diferencia de versión 4010, versión 5010 acomoda los nuevos conjuntos de códigos médicos ICD-10 y la transición a 5010 es un paso preliminar necesario para la utilización de códigos ICD-10.

Usted debe realizar pruebas internas y externas de transacciones 5010 dentro de su organización y con sus asociados – incluyendo pagadores, casas de facturación y proveedores – antes del 1 de enero de 2012, fecha en que finaliza el plazo. Las pruebas externas deberán ser realizadas en este momento para tener la seguridad de que podrá enviar y recibir transacciones de manera efectiva. Realizar las pruebas ahora le ayudará a identificar problemas potenciales que podrían surgir dentro del plazo necesario para correcciones.

La página [ICD-10](#), ubicada en el sitio Web de CMS, tiene recursos de apoyo a proveedores, pagadores y vendedores que están haciendo su transición a versión 5010 y a ICD-10.

Manténgase al día con versión 5010 y con ICD-10: Visite <http://www.cms.gov/ICD10/> para las últimas novedades y recursos que le ayudarán a prepararse.

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

Fuente: CMS PERL 201107-47

Inscripción del Proveedor

Recordatorio importante de requisitos de acreditación ADI

Número de *MLN Matters*: SE1122

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo provee a los suplidores de componentes técnicos (TC) de imagen de diagnóstico avanzado (ADI), servicios de asistencia para cumplir con requisitos de acreditación establecidos en la Sección 135 (a) del Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA).

Puntos sobresalientes

- Los requisitos de acreditación son solamente para los suplidores de componentes técnicos (TC) de imagen y no para el médico que la interpreta (componente profesional). Sin embargo, el médico que interpreta debe cumplir con los estándares publicados por la organización de acreditación para entrenamiento y residencia.
- Los requisitos de acreditación deben ser cumplidos por todos los suplidores de TC que facturan a Medicare.

Continúa en la página siguiente

Recordatorio...(continuación)

- Los requisitos de acreditación deben ser cumplidos solamente por aquellos suplidores de ADI pagados según el catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFS).
- Los requisitos de acreditación no son necesarios en servicios ADI provistos en servicios ambulatorios de un hospital.
- Con la finalidad de proveer servicios de TC de ADI para beneficiarios de Medicare, los suplidores deben estar acreditados a más tardar el 1 de enero de 2012, para poder presentar reclamaciones por servicios prestados después de esa fecha. Los contratistas de Medicare comenzarán a rechazar las reclamaciones no acreditadas para este tipo de servicios, a partir del 1 de enero de 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1122.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1122

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.

Revisadas las hojas informativas del proveedor-suplidor

Las hojas informativas abajo proveen educación a los tipos específicos de proveedores para inscribirse en el programa de Medicare y mantener su información de inscripción utilizando el Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) basado en Internet. Han sido recientemente actualizadas y están disponibles en formato para descargar del *Medicare Learning Network*[®]:

- “*Medicare Fee-For-Service (FFS) Physicians and Non-Physician Practitioners: Protecting Your Privacy Protecting Your Medicare Enrollment Record*” aconseja a los médicos FFS y a los profesionales de la salud sobre cómo estar seguros de que sus registros de inscripción están seguros y actualizados, y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnrollPrivcy_FactSheet_ICN903765.pdf.
- “*The Basics of Medicare Enrollment for Physicians and Other Part B Suppliers*” explica información general relevante de inscripción en Medicare para los médicos y otros suplidores de Parte B y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PhysOther_FactSheet_ICN903768.pdf.
- “*The Basics of Internet-Based PECOS for DMEPOS Suppliers*” describe información general relevante de inscripción en Medicare para los suplidores de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_DMEPOS_FactSheet_ICN904283.pdf.
- “*The Basics of Medicare Enrollment for Institutional Providers*” explica información general de inscripción en Medicare relevante a los proveedores institucionales y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_InstProv_FactSheet_ICN903783.pdf.
- “*The Basics of Medicare Enrollment for Physicians Who Infrequently Receive Medicare Reimbursement*” describe información general de inscripción en Medicare relevante a aquellos médicos que se les exige inscribirse en Medicare con el solo propósito de certificar u ordenar los servicios para los beneficiarios de Medicare y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_Phys_Infreq_Reimb_FactSheet_ICN006881.pdf.
- “*The Basics of Internet-Based PECOS for Physicians and Non-Physician Practitioners*” provee una perspectiva general de cómo el médico y los profesionales de la salud pueden inscribirse en Medicare utilizando PECOS basado en Internet y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_PhysNonPhys_FactSheet_ICN903764.pdf.
- “*The Basics of Internet-Based PECOS for Provider and Supplier Organizations*” describe cómo las organizaciones del proveedor y suplidor pueden inscribirse en Medicare utilizando PECOS basado en Internet y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_ProviderSup_FactSheet_ICN903767.pdf.
- “*Internet-Based PECOS Contact Information*” provee información de contacto para asistencia técnica con PECOS basado en Internet y puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_Contact_FactSheet_ICN903766.pdf.

Continúa en la página siguiente

Revisadas...(continuación)

Visite http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/Medicare_Provider-Supplier_Enrollment_National_Education_Products.pdf para ver una lista completa de todos los productos de MLN relacionados a inscripción del proveedor-suplidor en Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201106-49

Tarifa Fija

Demostración de laboratorio para ciertas pruebas complejas de diagnóstico – reemplaza la petición de cambio 7413

Número de *MLN Matters*: MM7516 — Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7516
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de julio de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R78 DEMO y R2261CP
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/MLNMattersArticles/downloads/MM7516.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/R2261CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2261, CR 7516

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.



Ajuste de las reclamaciones de terapia sujetas a los cambios del Medicare physician fee schedule 2010

El martes, 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el Affordable Care Act. Varias provisiones de la nueva ley fueron efectivas el jueves, 1 de abril de 2010, o más temprano y, por lo tanto, fueron implementadas tiempo después de su fecha de efectividad. En adición, las correcciones al Medicare physician fee schedule (MPFS) 2010 fueron implementadas a la misma vez que las revisiones del Affordable Care Act al MPFS, con una fecha efectiva retroactiva el viernes, 1 de enero de 2010.

Debido a las fechas retroactivas de estas provisiones y las correcciones al MPFS, un gran volumen de reclamaciones de tarifa por servicio (FFS) de Medicare están siendo reprocesadas. Esperamos que este esfuerzo de reprocesamiento tome algún tiempo y varíe dependiendo del tipo de reclamación, el volumen, y cada contratista individual de administración de reclamaciones de Medicare.

Hemos aconsejado anteriormente a los proveedores que, en la mayoría de los casos, no tendrán que solicitar ajustes debido a que los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare reprocesarán automáticamente las reclamaciones, y esto sigue siendo el caso. Sin embargo, han habido situaciones donde la reclamación original para un servicio sujeto al límite de terapia por el Internet Only Manual 100-04, capítulo 5, Sección 10.2 (<http://www.CMS.gov/manuals/downloads/clm104c05.pdf>) fue procesada sin un modificador KX, presumiblemente debido a que el beneficiario todavía no había alcanzado el límite de terapia y, por lo tanto, ningún modificador KX era necesario. Cuando se procesan ajustes para tales reclamaciones, los contratistas de Medicare han encontrado que el límite de terapia era frecuentemente alcanzado, causando el rechazo del ajuste de la reclamación, y en algunos casos la reclamación original está sujeta a recobro de sobrepago.

Para prevenir esto, los contratistas no procesarán automáticamente los ajustes del Affordable Care Act en las reclamaciones para los servicios sujetos al límite de terapia. Si usted realizó los servicios sujetos al límite de terapia entre el viernes, 1 de enero y el lunes, 31 de mayo de 2010, y si usted cree que tiene derecho a un pago adicional como resultado del cambio a la tarifa fija en ese año, entonces usted necesitará solicitar que su contratista de Medicare reabra esas reclamaciones para recibir el ajuste. Al hacerlo, también debería indicar cuál de esos servicios estarían sujetos al modificador KX si el límite de terapia ha sido alcanzado cuando la reclamación original fue procesada. Mientras que normalmente existe un límite de tiempo de un año para los médicos y otros proveedores y suplidores para solicitar la reapertura de las reclamaciones, CMS cree que estas circunstancias caen bajo el criterio de "la buena causa" descrito en el *Medicare Claims Processing Manual*, Publication 100-04, capítulo 34, Sección 10.11 (<http://www.CMS.gov/manuals/downloads/clm104c34.pdf>). CMS está, por lo tanto, extendiendo el periodo de tiempo para solicitar ajustes para estas reclamaciones, como sea necesario.

En algunos casos el contratista de Medicare puede generar un ajuste de reclamación sin que el proveedor lo solicite y devolverlo al proveedor (RTP) o denegararlo. Si usted recibe esa notificación, cree que tiene derecho a un ajuste, y desea darle seguimiento, usted debe contactar al contratista de Medicare y solicitar que se reabra. Usted debe indicar también si el servicio calificaría para el modificador KX.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los médicos, practicantes, y otros proveedores impactados por el incremento retroactivo en los índices de pago por los cambios del Affordable Care Act y el MPFS 2010 de la política de la Oficina del Inspector General relacionada con la dispensa de las cantidades de costo compartido del beneficiario atribuible a los incrementos retroactivos en los índices de pago resultante de la operación de nuevos estatutos o regulaciones. La policita se encuentra al visitar http://oig.HHS.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/Retroactive_Beneficiary_Cost-Sharing_Liability.pdf.

Contacte a su contratista de administración de reclamaciones de Medicare para cualquier pregunta sobre esta información.

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

Fuente: CMS PERL 201107-19

Información General

Revisión del índice de interés del pago al contado

Medicare debe pagar interés en las reclamaciones limpias si el pago no es realizado dentro del número aplicable de días de calendario (i.e., 30 días) después de la fecha de recibo. El número de días aplicable también es conocido como la cumbre del pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2010, debe ser pagada antes de que termine el 31 de marzo de 2010.

El índice de interés es determinado por el índice aplicable en el día del pago. Este índice es determinado por el Departamento del Tesoro en una base de seis meses, efectivo cada 1 de enero y julio. Los proveedores pueden acceder la página Web del Departamento del Tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> para obtener el índice correcto. El periodo de interés comienza el día después que el pago es debido y finaliza el día del pago.

El nuevo índice de 2.625 por ciento está en efecto hasta el 30 de junio de 2011.

El interés no es pagado en:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por el contratista de Medicare
- Reclamaciones en las cuales ningún pago es vencido
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor está recibiendo pago interino periódico
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS).

Nota: El contratista de Medicare reporta la cantidad de interés en cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando los pagos de interés son aplicables.

Fuente: Publicación 100-04, Capítulo 1, Sección 80.2.2

Actualización anual del contratista de Medicare al ICD-9-CM

Número de *MLN Matters*: MM7454

Número de petición de cambio relacionado: 7454

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2246CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Los códigos del International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) son actualizados anualmente como se estableció en el *Medicare Claims Processing Manual*, capítulo 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Sección 10.2 (Relationship of ICD-9-CM Codes and Date of Service).

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 7454 como un recordatorio de que la actualización de codificación anual al ICD-9-CM será efectiva para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2011. Para los proveedores institucionales, la actualización es efectiva para las dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2011.

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.

Recuerde que un código ICD-9-CM es requerido para todas las reclamaciones institucionales como también todas las reclamaciones profesionales (incluyendo aquellas de los médicos, profesionales de la salud practicantes, laboratorios de diagnóstico clínico independiente, terapeutas físicos y ocupacionales, centros de pruebas diagnósticas independientes, audiólogos, y centros de cirugía ambulatoria).

Sin embargo, un código ICD-9-CM no es requerido para las reclamaciones de suplidor de ambulancia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7454.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7454, 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/R2246CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2246, CR 7454

Disponibles los folletos *Annual Wellness Visit* y *Medicare Preventive Services*

Nuevo folleto **Annual Wellness Visit**

La nueva publicación titulada *Annual Wellness Visit* ahora está disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Annual_Wellness_Visit.pdf. Este folleto está diseñado para proveer educación sobre la visita de bienestar anual y proveer servicios de plan de prevención personalizado, sin costo al beneficiario, para que los beneficiarios puedan trabajar con sus médicos para desarrollar y actualizar sus planes de prevención personalizados.

Folleto disponible en formato impreso **Quick Reference Information Resources: Medicare Preventive Services**

El folleto “Quick Reference Information Resources: Medicare Preventive Services”, el cual está diseñado para proveer educación sobre cobertura, codificación, y criterios de facturación para los servicios preventivos cubiertos por Medicare, ahora está disponible en formato impreso, libre de costo, en el *Medicare Learning Network*® (MLN). Incluye las siguientes cuatro tablas de información de referencia rápida: “Preventive Services”, “Medicare Immunization Billing”, “The ABCs of Providing the Initial Preventive Physical Examination”, y “The ABCs of Providing the Annual Wellness Visit”.

Para ordenar su copia, visite la página de Información General del MLN en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque “Related Links Inside CMS”, y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

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

Fuente: CMS PERL 201106-49

Hoja informativa revisada y folletos del *Medicare Learning Network*®

Hoja informativa revisada **Medicare Billing for Speech-Language Pathologists in Private Practice**

La hoja informativa *Medicare Billing for Speech-Language Pathologists in Private Practice* ha sido revisada y ahora está disponible en formato para descargar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/SpeechLangPathfctshht.pdf>. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre inscripción y procedimientos de facturación específicos a los patólogos del habla-lenguaje (SLP) e incluye facturación general e información de inscripción y qué servicios pueden ser facturados directamente por un SLP.

Folleto revisado **Glaucoma Screening**

El folleto *Glaucoma Screening*, el cual está diseñado para proveer educación sobre los exámenes de glaucoma cubiertos por Medicare, ha sido actualizado y ahora está disponible en formato para descargar, libre de costo, del *Medicare Learning Network*®. Para ver, descargar, o imprimir el folleto, visite <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/glaucoma.pdf>.

Folleto revisado **Expanded Benefits**

La publicación revisada titulada *Expanded Benefits* ahora está disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Expanded_Benefits.pdf. Este folleto está diseñado para proveer educación sobre tres servicios preventivos: la examinación física preventiva inicial (IPPE) (también conocido como el examen físico de “Bienvenida a Medicare” o la visita de “Bienvenida a Medicare”), examen de ultrasonido para los aneurismas aórticos abdominales, y pruebas de sangre cardiovasculares.

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

Fuente: CMS PERL 201106-49

Folleto actualizado ‘Inmunizaciones preventivas’

El folleto “Preventive Immunizations (inmunizaciones preventivas)” — diseñado para educar acerca de los beneficios de las vacunas de Medicare en contra de la influenza, neumococos y hepatitis B — ha sido actualizado y está disponible en formato descargable, sin costo. Para ver, descargar o imprimir el folleto, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/adult_immunization.pdf. Este folleto estará más adelante disponible en forma impresa.

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

Fuente: CMS PERL 201107-18

Nuevos podcasts sobre cómo evitar errores de facturación a Medicare

El *Medicare Learning Network*® ha publicado el último de una serie de podcasts diseñados a enseñar a proveedores de servicios a-tarifa-fija (FFS) a evitar errores de facturación y otras equivocaciones comunes en su trato con el programa Medicare

- “*Power Mobility Device Face-to-Face Examination Checklist*” debate los requisitos de documentación para el examen en persona que se realiza antes de ordenar una silla de ruedas a motor para un beneficiario de Medicare.
- “*Oxygen Therapy Supplies: Complying with Documentation & Coverage Requirements*” debate requisitos de documentación y cobertura necesarios para presentar a Medicare reclamaciones por abastecimiento de terapia de oxígeno.

Para descargar este y otros podcasts de MLN, visite [MLN Multimedia Web page](#) y seleccione el tema de podcast que usted desea. Visite también [MLN Provider Compliance Web page](#), que contiene material educacional para el proveedor FFS, con la finalidad de ayudarles a entender — y evitar — errores comunes de facturación y otras actividades equivocadas identificadas por los programas de revisión de reclamaciones.

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

Fuente: CMS PERL 201107-18

‘Recursos de información de terapia de rehabilitación de Medicare’ hoja informativa revisada

La hoja informativa “Rehabilitation Therapy Information Resource for Medicare” ha sido revisada y está disponible en formato descargable de *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Rehab_Therapy_Fact_Sheet.pdf. Esta hoja informativa ha sido diseñada para educar sobre servicios de terapia de rehabilitación e incluye información acerca de requisitos de cobertura, facturación e información de pago, además de una lista de contactos y recursos.

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

Fuente: CMS PERL 201107-18

Ahora disponible – presentación de materiales de la teleconferencia nacional del 18 de mayo del proveedor de ICD-10

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han preparado cuatro podcasts y una diapositiva en presentación de la teleconferencia del 18 de mayo de 2011 “CMS ICD-10 Conversion Activities, Including a Lab Case Study”.

¿Se perdió usted la teleconferencia nacional del proveedor ICD-10 del 18 de mayo? La presentación completa está ahora disponible en YouTube Channel de CMS en forma de video de diapositivas que incluye sonido e imágenes de la teleconferencia.

¿Con limitaciones de tiempo? Podcasts son perfectos para la oficina, el automóvil o donde quiera que usted tenga un tocadiscos de grabaciones portátil o un smartphone.

- Podcast 1 de 4: Bienvenida y síntesis de ICD-10

Continúa en la página siguiente

Ahora...(continuación)

- Podcast 2 de 4: Estudio de caso en traducción de Lab NCD
- Podcast 3 de 4: Actualizaciones de ICD-10 hechas por expertos en la material de temas de CMS
- Podcast 4 de 4: Sesión de preguntas y respuestas

Podcasts, presentaciones en diapositivas y transcripciones por escrito están ahora disponibles en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/ICD10/Tel10/itemdetail.asp?itemID=CMS1246998>.

Los cuatro podcasts con sus transcripciones correspondientes, así como la transcripción completa de la teleconferencia pueden ser accedidos bajando a la sección “Downloads” al final de la página. Para acceder la presentación de video de diapositivas, seleccione el enlace a la sección “Related Links Outside CMS” de la página Web.

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

Fuente: CMS PERL 201107-20

Folleto revisado de exámenes de cáncer

El folleto *Cancer Screenings* (exámenes de cáncer) ha sido actualizado y está disponible, en forma gratuita, en *Medicare Learning Network*. Este folleto ha sido diseñado para educar acerca de beneficios de Medicare, en exámenes de mamografía, prueba Papanicolaou, exámenes de pelvis y de cáncer a la próstata. Para ver, descargar o imprimir el folleto, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201107-23

Nuevo folleto *Medicare Ambulance Services*

Una nueva publicación titulada *Medicare Ambulance Services* (publicada en mayo de 2011), diseñada para educar acerca de servicios de ambulancia, está disponible en formato descargable en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Medicare_Ambulance_Services_ICN903194.pdf. Este folleto incluye información acerca de beneficios de servicios de ambulancia, transporte en ambulancia, suplidores y proveedores de ambulancia terrestre y aérea, vehículos ambulancia y requisitos de personal, cobertura de destino, requisitos de cobertura de transporte en ambulancia y pago de servicios de ambulancia.

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

Fuente: CMS PERL 201107-23

Recursos de servicios preventivos actualizados

El *Medicare Learning Network* (MLN) recientemente ha actualizado varias herramientas educacionales relacionadas con servicios preventivos cubiertos por Medicare:

- **Quick Reference Information: Preventive Services** ofrece información sobre cobertura, codificación y pago de una amplia variedad de servicios preventivos cubiertos por Medicare; ver, imprimir o descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.
- **Quick Reference Information: The ABCs of Providing the Initial Preventive Physical Examination (IPPE)** ofrece una lista de elementos de IPPE, junto con algunas de las preguntas más frecuentes; ver, imprimir o descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QRI_IPPE001a.pdf.
- **Quick Reference Information: The ABCs of Providing the Annual Wellness Visit (AWV)** ofrece una lista de elementos de AWV, junto con algunas de las preguntas más frecuentes; ver, imprimir o descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/AWV_Chart_ICN905706.pdf.
- **Quick Reference Information: Medicare Immunization Billing** ofrece información sobre cobertura, codificación y pago de vacunas contra influenza estacional, neumococos y hepatitis B; ver, imprimir o descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/qr_immun_bill.pdf.

Continúa en la página siguiente

Recursos...(continuación)

El MLN® ofrece también estos gráficos en un manual anillado y laminado, titulado *Quick Reference Information Resources: Medicare Preventive Services*. Este manual contiene, en un formato simple y fácil de usar, los cuatro gráficos sobre servicios preventivos indicados más arriba. Para ordenar su copia gratuita, visite la página *Preventive Services* de MLN, en http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp, vaya a *MLN Product Ordering Page* en la sección *Related Links Inside CMS*. Note que aparte de *Medicare Immunization Billing*, estos gráficos no se ofrecen más en copia impresa.

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

Fuente: CMS PERL 201107-23

Programa de exhibición del proveedor del Medicare Learning Network

¿Desearía contar con la presencia de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) presente en su próxima conferencia o reunión nacional de su asociación nacional y/o regional de proveedores? Si es así, visite la nueva página Web del programa de exhibición del proveedor de *Medicare Learning Network* para contactarse directamente con nosotros. Daremos a los participantes a su conferencia, acceso a relevantes productos educacionales y recursos que han sido desarrollados especialmente para su uso; sus miembros/participantes tendrán también la oportunidad de dar su opinión e intercambiar ideas con CMS respecto a la relevancia de nuestros materiales del programa *MLN*. Para más información sobre el proceso de selección de programa de exhibición y el calendario vigente, visite la página Web de del programa de exhibiciones de *MLN* en <http://www.CMS.gov/MLN-Provider-Exhibit-Program>.

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

Fuente: CMS PERL 201107-23

Folleto revisado Tobacco-Use Cessation Counseling Services

El folleto *Tobacco-Use Cessation Counseling Services* — diseñado para educar acerca de servicios de consejos para abandonar el uso del tabaco — ha sido actualizado y está ahora en formato descargable gratuito en *Medicare Learning Network*. Para ver, descargar o imprimir el folleto, visite <http://www.CMS.gov/MLNproducts/downloads/smoking.pdf>. Se sugiere la lectura de este folleto, que pronto estará disponible en versión impresa, a todos los proveedores de Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201107-23

Folleto revisado Bone Mass Measurement

El folleto *Bone Mass Measurement* está diseñado para educar acerca de los beneficios de medición de masa ósea (densidad del hueso) e incluye información de métodos de medición, cobertura y factores de riesgo. Este folleto ha sido actualizado y está disponible, de manera gratuita, en formato descargable de *Medicare Learning Network* en http://www.CMS.gov/MLNproducts/downloads/bone_mass.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201107-39

DMEPOS hojas informativas y manual disponibles en copia impresa

Hoja informativa Basics of DMEPOS Accreditation

La hoja informativa *Basics of Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Accreditation* está disponible en formato impreso de *Medicare Learning Network*; esta hoja informativa está diseñada para educar acerca de los requisitos de acreditación de DMEPOS, tipo de proveedores exentos y el procedimiento para obtener acreditación. Para obtenerla, ordénela por medio de la página *MLN Product Ordering*, en http://CMS.meridianksi.com/kc/pfs/pfs_inkfrm_fl.asp?lgnfrm=reqprod&function=pfs.

Hoja informativa DMEPOS Quality Standards

La hoja informativa *Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Quality Standards* está disponible en formato impreso de *Medicare Learning Network*; esta hoja informativa está diseñada para educar acerca de los estándares de calidad de DMEPOS para Medicare-deemed Accreditation Organizations (AOs) de suplidores DMEPOS. Ordénela por medio de la página *MLN Product Ordering*, en http://CMS.meridianksi.com/kc/pfs/pfs_inkfrm_fl.asp?lgnfrm=reqprod&function=pfs.

Manual DMEPOS New Information for Pharmacies

El manual *Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) New Information for Pharmacies* está disponible en formato impreso de *Medicare Learning Network*; este manual está diseñado para educar a las nuevas farmacias acerca de la manera de obtener excepción de acreditación DMEPOS. Para suplir DMEPOS, las farmacias deben estar acreditadas por una organización nacional independiente Accreditation Organization (AO) aprobada por CMS u obtener una excepción de acreditación. Para ordenar este manual, visite la página *MLN Product Ordering*, en http://CMS.meridianksi.com/kc/pfs/pfs_inkfrm_fl.asp?lgnfrm=reqprod&function=pfs.

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

Fuente: CMS PERL 201107-39

No continuarán siendo aceptadas las solicitudes de reapertura de ciertas reclamaciones a ser reprocesadas bajo el Affordable Care Act

En mayo de 2011, First Coast Service Options (FCSO) comenzó a aceptar solicitudes por fax para reapertura de reclamaciones con fechas de servicio de enero a mayo de 2010, a ser reprocesadas bajo el Affordable Care Act (ACA). Desde entonces, se han hecho ajustes masivos que reprocesan automáticamente las reclamaciones cuando la cantidad facturada es mayor que el nuevo monto autorizado (post-ACA). Para reducir la carga de trabajo y costos asociados con el reprocesamiento manual de solicitudes hechas por fax, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han autorizado a los contratistas a dejar de efectuar reaperturas manuales de aquellas reclamaciones que están destinadas a ser ajustadas en forma masiva.

Por lo tanto, **a partir del 15 de Julio de 2011**, FCSO no continuará aceptando solicitudes de reapertura de reclamaciones hechas por fax cuando la cantidad presentada originalmente es suficiente para permitir ajustes masivos para proveer cantidades de dinero adicional como resultado de los cambios de ACA.

Los proveedores deberán continuar solicitando reapertura de reclamaciones que contengan servicios en que la cantidad original presentada es menor que el nuevo monto autorizado por ACA, indicando que la cantidad facturada deberá ser aumentada hasta por lo menos igualar la nueva tasa de pago.

Para información adicional con respecto a cambios de tarifas de ACA y el esfuerzo nacional de reprocesamiento, ver [Preguntas y respuestas de reprocesamiento de reclamaciones](#).

Fuente: TDL 11371

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Agosto 2011

Seminario técnico sobre transición a HIPAA versión 5010

Cuando: 15 de agosto

Hora: 10:00 - 11:30 a.m. ET

Tipo: cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida (Tampa)

Seminario técnico sobre transición a HIPAA versión 5010

Cuando: 15 de agosto

Hora: 2:00 - 3:30 p.m. ET

Tipo: cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida (Tampa)

Medifest Tampa 2011

Cuando: 16-18 de agosto

Hora: 8:00 a.m.-4:30 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida (Tampa)

Día nacional de prueba 5010

Cuando: 24 de agosto

Hora: 10:00 a.m.-11:30 p.m. ET

Tipo: webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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

ESRD

Medicare propone modificaciones al sistema de pagos prospectivos ESRD

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar dos nuevos recursos educacionales disponibles en Electronic Prescribing Incentive (eRx) Program de 2011 en el sitio Web de CMS.

- 2011 Electronic Prescribing Incentive Program Made Simple Fact Sheet
Esta hoja informativa da instrucciones paso a paso para participantes en el programa de incentivo eRx de 2011.
- 2011 Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program Made Simple Quick Reference Chart
Este recurso ofrece una referencia rápida de ayuda a participantes en el programa de incentivo eRx de 2011.

Para acceder todos los recursos educacionales disponibles del programa eRx, visite <http://www.cms.gov/ERxIncentive> en el sitio Web de CMS y haga clic en Educational Resources. Una vez en página Educational Resources, baje a sección Downloads y seleccione el título de publicación que desea.

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

Fuente: CMS PERL 201107-03

Está disponible la presentación de materiales para el foro especial de puertas abiertas ESRD

La presentación de materiales para webcast especial de puertas abiertas del 14 de julio: “End-Stage Renal Disease (ESRD) Quality Incentive Program (QIP) – Reviewing your Facility’s Performance Data”, puede encontrarse en la sección Downloads de http://www.cms.gov/OpenDoorForums/15_ODF_ESRD.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201107-35

PC Pricer enfermedad renal terminal de 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), anuncian la publicación del sistema de pagos prospectivos de enfermedad renal en su estado terminal PC Pricer de 2011. PC Pricer y guía del usuario están disponibles en el sitio Web: http://www.cms.gov/PCPricer/02e_ESRD_Pricer.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201107-36

Hospital

Índice de regla de remuneraciones de IPPS propuesta para el año fiscal 2012 y correcciones al ajuste de salida

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han notado un error en el cálculo del ajuste de salida del índice de remuneraciones en tabla 4J de la regla propuesta (CMS-1518-P) del año fiscal (FY) 2012 IPPS-LTCH PPS, puesta en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/IPPS2012/list.asp>. La corrección de este error da como resultado 104 proveedores adicionales elegibles para el ajuste de salida en el índice de remuneraciones propuesto para el FY 2012. Para un proveedor que ha sido recientemente elegible para el ajuste y no está reclasificado en el índice de remuneraciones propuesto (bajo las Secciones 1886(d)(8) o (d)(10) del Social Security Act (the Act)), la corrección al ajuste de salida también cambia los valores del índice de remuneraciones a los proveedores de FY 2012 de Tabla 2.

Toda vez que estos cambios podrían afectar decisiones de reclasificación geográfica de hospitales para FY 2012, CMS está notificando de inmediato las correcciones a tablas 2 y 4J de la regla propuesta FY 2012 IPPS/LTCH PPS y una breve extensión del plazo límite de 45 días de §412.273 (referido en 75 FR 25881) para que los hospitales cancelen o se retiren de reclasificaciones 1886(d)(10) así como del plazo límite de 45 días (referido en 75 FR 25887) para que los hospitales reciban el ajuste de salida en lugar de redesignación de su Sección 1886(d)(8)(B). Será incluida una discusión de las correcciones en correction notice to the FY 2012 IPPS/LTCH proposed rule (CMS-1518-CN2), (notificación de corrección a la regla (CMS-1518-CN2) propuesta para FY 2012 IPPS/LTCH), publicada el 13 de julio de 2011 en el *Federal Register*. Las correcciones a tablas 2 y 4J están puestas en http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/01_overview.asp. Los hospitales que deseen solicitar (o revisar una solicitud previa) para cancelar o retirar una reclasificación de Sección 1886(d)(10), o recibir el ajuste de salida en lugar de su redesignación de Sección 1886(d)(8)(B), deben presentar su solicitud no más allá de siete días de la fecha de publicación de la notificación de corrección del *Federal Register*.

También ha sido distribuida (y enviada) a los hospitales, a través de sus contratistas Medicare, una detailed instructional letter (TDL-11384, 6-28-11, attachment) (carta con instrucciones detalladas), la que está disponible en http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/01_overview.asp, en la sección Downloads. Si desea hacer alguna consulta, puede contactar a Brian Slater (410-786-5229) o Valerie Miller (410-786-4535).

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

Fuente: CMS PERL 201107-11

Actualización del año fiscal 2011 de INP PPS PC Pricer

En el PC Pricer del año fiscal (FY) 2011, se descubrió y fue arreglado un error en la lógica de hospital "floor" del sistema de pagos prospectivos de paciente hospitalizado (INP PPS). Si usted utiliza FY 2011 INP PPS PC Pricers, vaya a la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargue la última versión de FY 2011 PC Pricer. La actualización es para reclamaciones de fecha del 1 de octubre de 2010 al 30 de septiembre de 2011. La fecha de actualización es 15 de Julio de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201107-37

Pagos Prospectivos

Hoja informativa revisada *Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System*

La hoja informativa *Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System* ha sido revisada (junio de 2011) y ahora está disponible en formato para descargar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/InpatientPsychFac.pdf>. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los sistemas de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS), incluyendo historial, requisitos de cobertura, cómo se establecen los índices de pago, y actualización del año de pago 2012 al IPF PPS.

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

Fuente: CMS PERL 201106-49

CMS propone cambios de pago de salud en el hogar de Medicare en el 2012

Formulación separada del *Federal Register* para los servicios de salud en el hogar de Medicaid propuestos para unificar las provisiones del Affordable Care Act

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron un número de cambios propuestos a los pagos de salud en el hogar de Medicare para el 2012, que de ser finalizado, promoverá mayor eficiencia y precisión en el pago.

Una regla propuesta fue mostrada en el *Federal Register* el 5 de julio de 2011, proponiendo un 3.35 por ciento de disminución en los pagos de Medicare a las agencias de salud en el hogar (HHA) para el año calendario (CY) 2012. Esto sería una disminución neta de \$640 millones comparada a los pagos HHA en CY 2011. Esto incluiría los efectos combinados de la bolsa del mercado y las actualizaciones del índice de salario (un incremento de \$310 millones) y reducciones a los índices del sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS) para considerar los incrementos en el caso mixto agregado que están grandemente relacionados a las prácticas de facturación y no están relacionadas a los cambios en el estatus de salud de los pacientes (una disminución de \$950 millones).

Las provisiones del Affordable Care Act (ACA) ordenan que CMS aplique una reducción de un (1) punto porcentual a la cantidad de la bolsa del mercado de salud en el hogar de CY 2012; esto igualaría a una actualización propuesta del 1.5 por ciento para los HHA el próximo año. Como parte de la actualización del índice de HH PPS, CMS también propone reducir los índices HH PPS al 5.06 por ciento en el CY 2012 para considerar el incremento en el caso mixto que no está relacionado a los cambios en la agudeza del paciente.

La regla propuesta HHA de Medicare también haría cambios estructurales al HH PPS al remover dos códigos de hipertensión del sistema de caso mixto,

bajando los pagos para los episodios altos de terapia, y recalibrando los pesos de caso mixto de HH PPS para asegurar que estos cambios resulten en la misma cantidad del total de pagos agregados.

“La propuesta de CMS refleja nuestro compromiso de asegurar de que pagamos con precisión los servicios de salud en el hogar de Medicare mientras mejoramos la estructura de nuestro sistema de pago y disminuimos los incentivos para upcoding”, dijo Jonathan Blum, Administrador Adjunto y Director del Centro de Medicare.

Medicare paga a las agencias de salud en el hogar a través de un sistema de pagos prospectivos (PPS), el cual paga a índices más altos para atender a esos beneficiarios con mayores necesidades. Los índices de pago están basados en datos relevantes de evaluaciones del paciente llevadas a cabo por médicos; tales datos son requeridos actualmente para todas las agencias participantes de salud en el hogar de (HHA) de Medicare.

Los índices de pago de salud en el hogar han sido actualizados anualmente por el incremento completo del porcentaje de la bolsa del mercado de salud en el hogar, o por el incremento del porcentaje de la bolsa del mercado de salud en el hogar como fue ajustado por el Congreso. CMS utiliza el índice de la bolsa del mercado de salud en el hogar, el cual mide la inflación en los precios de una mezcla apropiada de bienes y servicios incluidos en los servicios de salud en el hogar. El Deficit Reduction Act of 2005 exige un ajuste a la actualización del porcentaje de la bolsa del mercado de salud en el hogar dependiendo de las radicaciones HHA de los datos de calidad. El incremento de la bolsa del mercado de salud en el hogar propuesta para CY 2012 es 1.5 por ciento. Los HHA que presentan los datos requeridos de calidad recibirán pagos basados en esta actualización de la

Continúa en la página siguiente

CMS...(Continuación)

bolsa del mercado de salud en el hogar. Si un HHA no presenta los datos de calidad, el incremento del porcentaje de la bolsa del mercado de salud en el hogar sería reducido de 2 puntos porcentuales a -0.5 por ciento para CY 2012.

Bajo la política actual de Medicare, un médico que certifica o un practicante profesional de la salud autorizado deben ver un paciente antes de certificar el paciente como elegible para el beneficio de salud en el hogar. En la formulación de la regla propuesta de hoy, Medicare ha propuesto añadir flexibilidad para permitir a los médicos que ofrecieron servicios a un paciente de salud en el hogar en un ambiente agudo o postagudo para informar al médico que certifica de sus encuentros con el paciente para satisfacer el requisito.

En una reglamentación propuesta formulada por separado hoy (CMS-2348-P), CMS exigiría encuentros comparables cara a cara (face-to-face, F2F) para las personas que reciben servicios de salud en el hogar de Medicaid para adherirse a la naturaleza unificadora de estas provisiones hechas bajo el ACA.

Para calificar para los beneficios de salud en el hogar de Medicare, un beneficiario debe estar bajo el cuidado de un médico, tener una necesidad intermitente del cuidado de centro de enfermería especializada (SNF), o necesitar terapia física o del habla, o continuar necesitando terapia ocupacional. El beneficiario debe estar confinado en el hogar y recibir servicios de salud en el hogar de la agencia de salud en el hogar aprobada por Medicare. Los beneficiarios que reciben salud en el hogar de Medicaid no necesitan estar confinados en el hogar o recibiendo atención especializada. Las agencias de salud en el hogar participantes en el programa de Medicaid deben también acatarse a las condiciones de participación de Medicare.

Cindy Mann, directora de Center for Medicaid, CHIP and Survey & Certification, dijo que el alineamiento de los requisitos del encuentro F2F entre dos programas de CMS completa la Sección 6407 del Affordable Care Act. “Establecimos la implementación de Medicaid de este requisito para alinearse con las guías de Medicare y facilitar mejor los servicios de salud en el hogar provistos a personas que son elegibles para Medicare y Medicaid y para aminorar las cargas administrativas sobre los proveedores participantes en ambos programas” dijo Mann.

Esta regulación de Medicaid también clarifica la política prolongada de CMS sobre las localizaciones y centros en el cual los servicios de salud en el hogar pueden ser provistos, para que los estados permanezcan en conformidad con la decisión de Olmstead Supreme Court.

Las reglas propuestas fueron mostradas a las 4:00 p.m. el 5 de julio de 2011, en el *Federal Register*. La regla puede ser localizada en: <http://federalregister.gov/inspection.aspx>.

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

Fuente: CMS PERL 201107-08

Actualización de archivos trimestrales específicos del proveedor a Julio de 2011

Los archivos trimestrales específicos del proveedor de julio de 2011, que incluyen archivos de datos en formato SAS y formato de texto, están disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid.

- Archivos en formato SAS están disponibles en la sección Downloads de http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp.
- Archivos en formato de texto están disponibles en la sección Downloads de http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp.

Si usted utiliza archivo de datos específicos del proveedor en formato de texto o formato SAS, vaya a la página respectiva indicada más arriba y descargue la última versión de archivos PSF.

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

Fuente: CMS PERL 201107-29

Actualización de 2011 OPSS Pricer disponible

La actualización a julio de 2011 de los datos del proveedor de paciente ambulatorio está disponible para ser descargada de la página Web del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio (OPSS) Pricer. Los usuarios pueden acceder los datos del proveedor actualizados a julio, en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp> seleccionando 2011 y luego descargando “3rd Quarter 2011 Files” de la página Web OPSS Pricer.

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

Fuente: CMS PERL 201107-43

Centros de Enfermería Especializada

Clarificación de facturación de centro de enfermería especializada/cama oscilante

Lo siguiente es una clarificación del uso del código de ocurrencia 16, fecha de la última terapia, en las reclamaciones de centro de enfermería especializada (SNF)/cama oscilante (SB). Tenga en cuenta que solamente un código de ocurrencia puede ser facturado en una reclamación, por lo tanto, usted usaría la fecha final que la terapia fue provista en relación al último fin de la terapia (EOT) – otras evaluaciones requeridas de Medicare (OMRA) aplicables para que la reclamación sea facturada.

Fuente: CMS PERL 201106-48

Actualización de materiales de enseñanza del Minimum data set 3.0

Esta es una actualización del *Minimum Data Set (MDS) 3.0 Resident Assessment Instrument Manual* (Capítulo 3) V1.06 Julio de 2011:

El apéndice A y la sección M fueron actualizados para clarificar la definición de “worsening (agravado)” La clarificación es la siguiente: Úlcera opresiva “worsening” se define como una úlcera opresiva que ha penetrado a un nivel más profundo del tejido dañado y es por lo tanto catalogada con un número mayor en la escala de 1 a 4 (utilizando la determinación de categoría de evaluación utilizado en cada etapa; comenzando con etapa 1 e incrementando la gravedad hasta la etapa 4) en una evaluación comparada con la anterior. Para propósitos de identificar la ausencia de úlcera opresiva, se utiliza cero cuando no hay descomposición de la piel o evidencia de daño.

Fuente: CMS PERL 201107-31

Encuentre sus favoritos rápidamente – use Hallazgo Rápido

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

Información General

Actualización de pago y corrección del archivo común de trabajo para códigos de vacuna contra el virus de influenza y de vacunas anti neumococos

Número de *MLN Matters*: MM7128 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7128
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de mayo de 2011
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
Número de transmisión de CR relacionado: R2212CP
Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

En el sistema Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) la vacuna del virus contra la influenza código 90662 (*influenza virus vaccine, split virus, preservative free, enhanced immunogenicity via increased antigen content, for intramuscular use*) y PPV HCPCS código 90670 (*pneumococcal conjugate vaccine, 13 valent, for intramuscular use*) están siendo agregados a correcciones existentes para prevenir duplicaciones de pago de reclamaciones procesadas a partir del 5 de Julio de 2011.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7128, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2212CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2212, CR 7128

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

Nuevas FAQ puestas en el sitio Web de registros electrónicos de salud

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean mantenerle actualizado con las últimas informaciones acerca de los programas de incentivo de registros electrónicos de salud (EHR) de Medicare y Medicaid. Han sido agregadas al sitio Web de CMS, quince nuevas preguntas frecuentes (FAQ) acerca de uso significativo, información de pago para hospitales elegibles, elegibilidad e información adicional para hospitales elegibles. Tómese un minuto para revisar estas nuevas FAQ.

Información de pago para hospitales de urgencia

- ¿Qué elementos de datos de reporte de costos se utilizan en el cálculo de pagos de incentivo EHR de Medicare subsección (d) hospitales? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Cómo se calcula el incentivo de pagos EHR de Medicare para hospitales de urgencia (CAH)? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Qué costos debe incluirse en el incentivo de pagos EHR de Medicare para CAH? [Lea la respuesta.](#)

Nuevas FAQ para hospitales de urgencia:

- [FAQ # 10716](#)
- [FAQ # 10719](#)
- [FAQ # 10721](#)
- [FAQ # 10722](#)
- [FAQ # 10723](#)
- [FAQ # 10724](#)

Continúa en la página siguiente

Nuevas...(Continuación)

- [FAQ # 10725](#)
- [FAQ # 10726](#)
- [FAQ # 10727](#)

Uso significativo

- Si mi tecnología EHR certificada es capaz de presentar archivos a un registro de inmunización utilizando estándares adoptados por Office of the National Coordinator of Health Information Technology (HL7 2.3.1 o 2.5.1, y CVX), ¿Es eso suficiente para cumplir el objetivo de uso significativo “datos electrónicos presentados a registros de inmunización” para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Lea la respuesta.](#)
- Si mi tecnología EHR certificada tiene solamente la capacidad de presentar información a un registro de inmunización en formato HL7 2.5.1 o algún otro estándar: ¿Estaré calificado para exclusión porque el registro de inmunización no tiene la capacidad de recibir información electrónica? ¿Qué sucede si el registro de inmunización tiene una lista de espera o no es capaz por alguna otra razón pero puede aceptar información en formato HL7 2.3.1? ¿Es esto una exclusión válida? [Lea la respuesta.](#)

Elegibilidad

- ¿Cómo define CMS un pediatra para los propósitos del programa de incentivo EHR de Medicaid? [Lea la respuesta.](#)

¿Desea más información acerca de programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar [CMS EHR Incentivo Programs website](#) para las últimas noticias y actualizaciones de los programas de incentivo EHR.

Fuente: CMS PERL 201107-33

Encuentre sus favoritos rápidamente – use Hallazgo Rápido

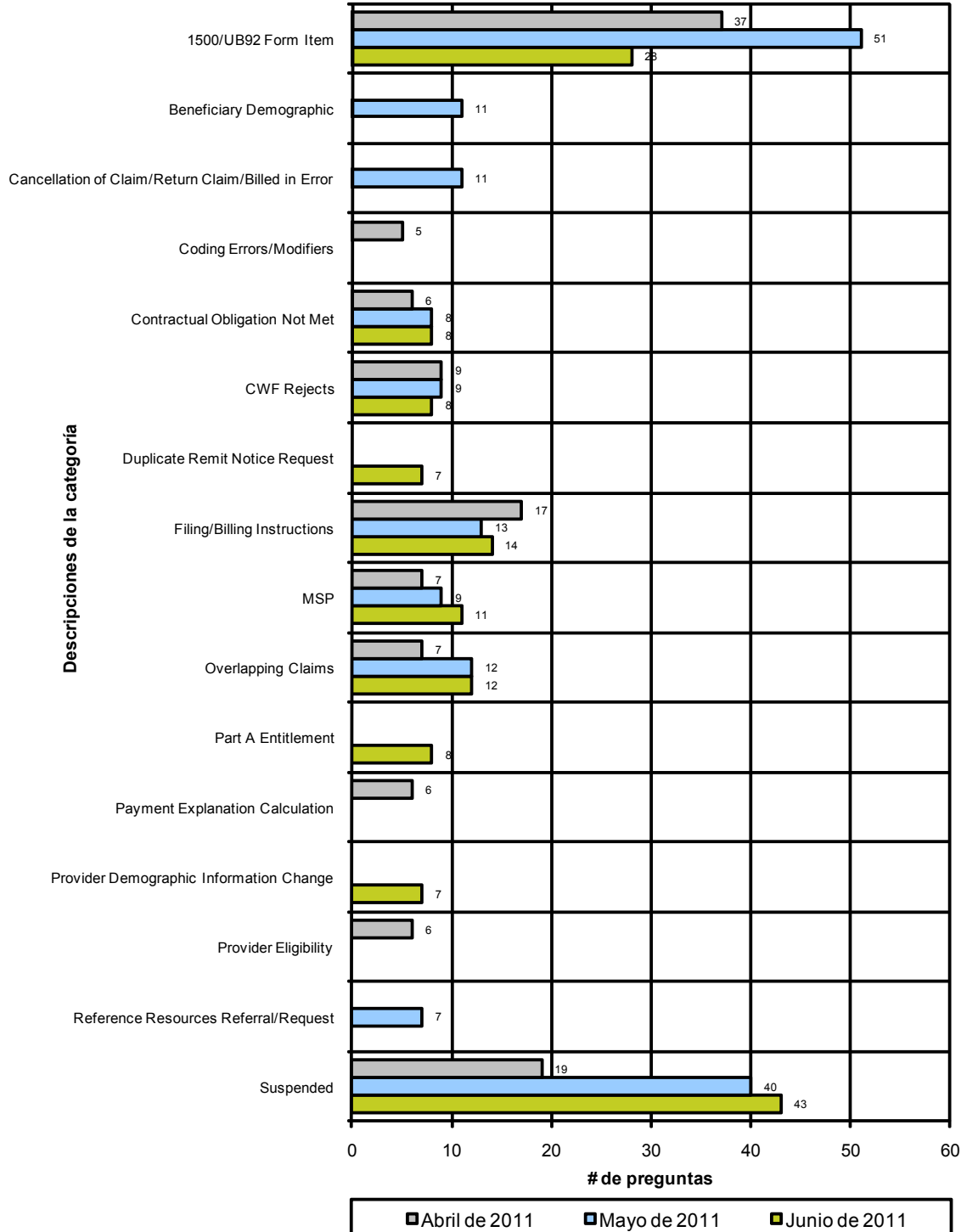
¿Está buscando la manera más rápida de encontrar su sección favorita en nuestro sitio de Internet? Es fácil – solamente tiene que utilizar su herramienta de navegación Hallazgo Rápido. Este menú desplegable ubicado al lado izquierdo de cada página, le permite acceder de un salto a las páginas más populares 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 abril - junio 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 abril a junio 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

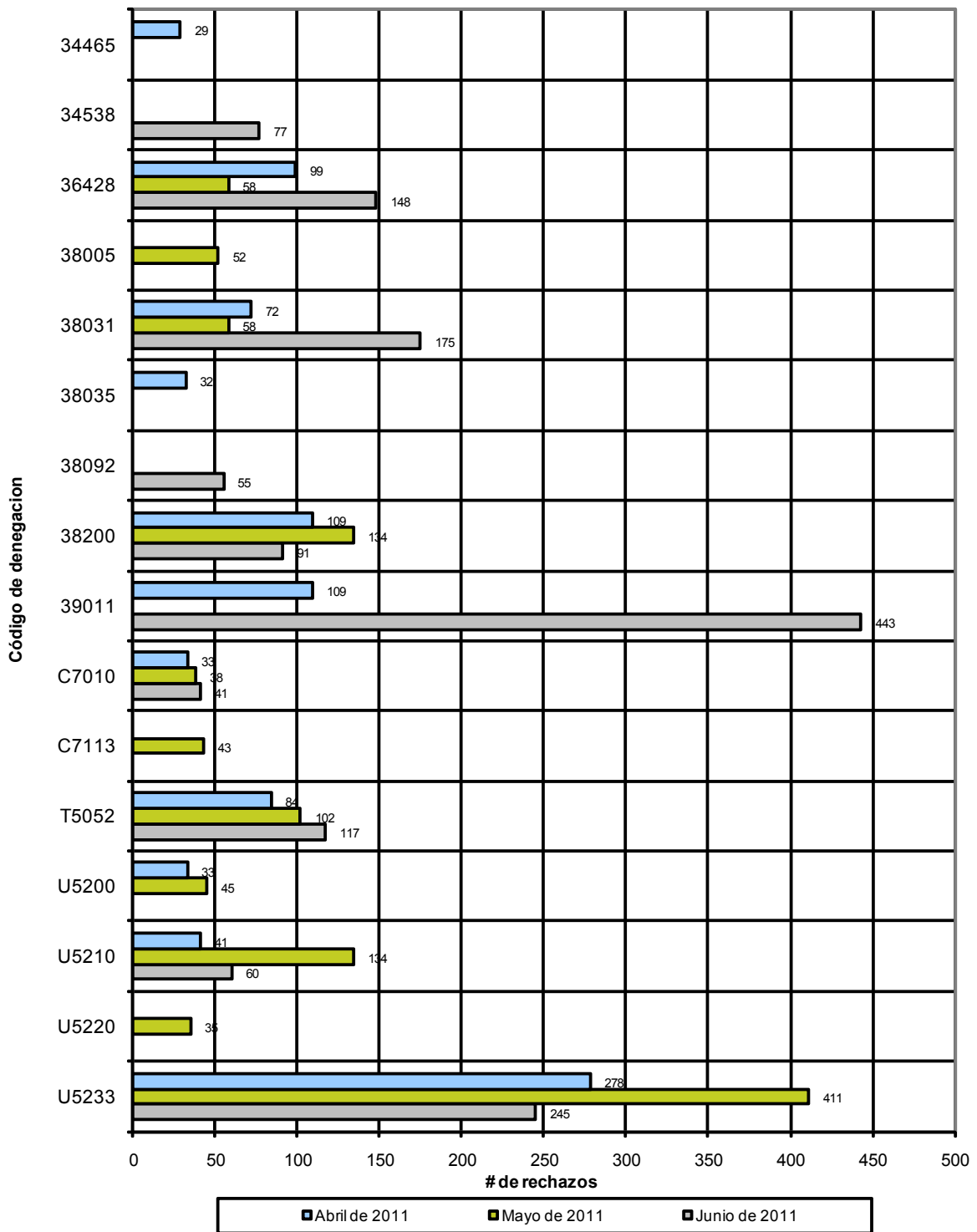
http://medicareespanol.fcso.com/preguntas_y_denegaciones/

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



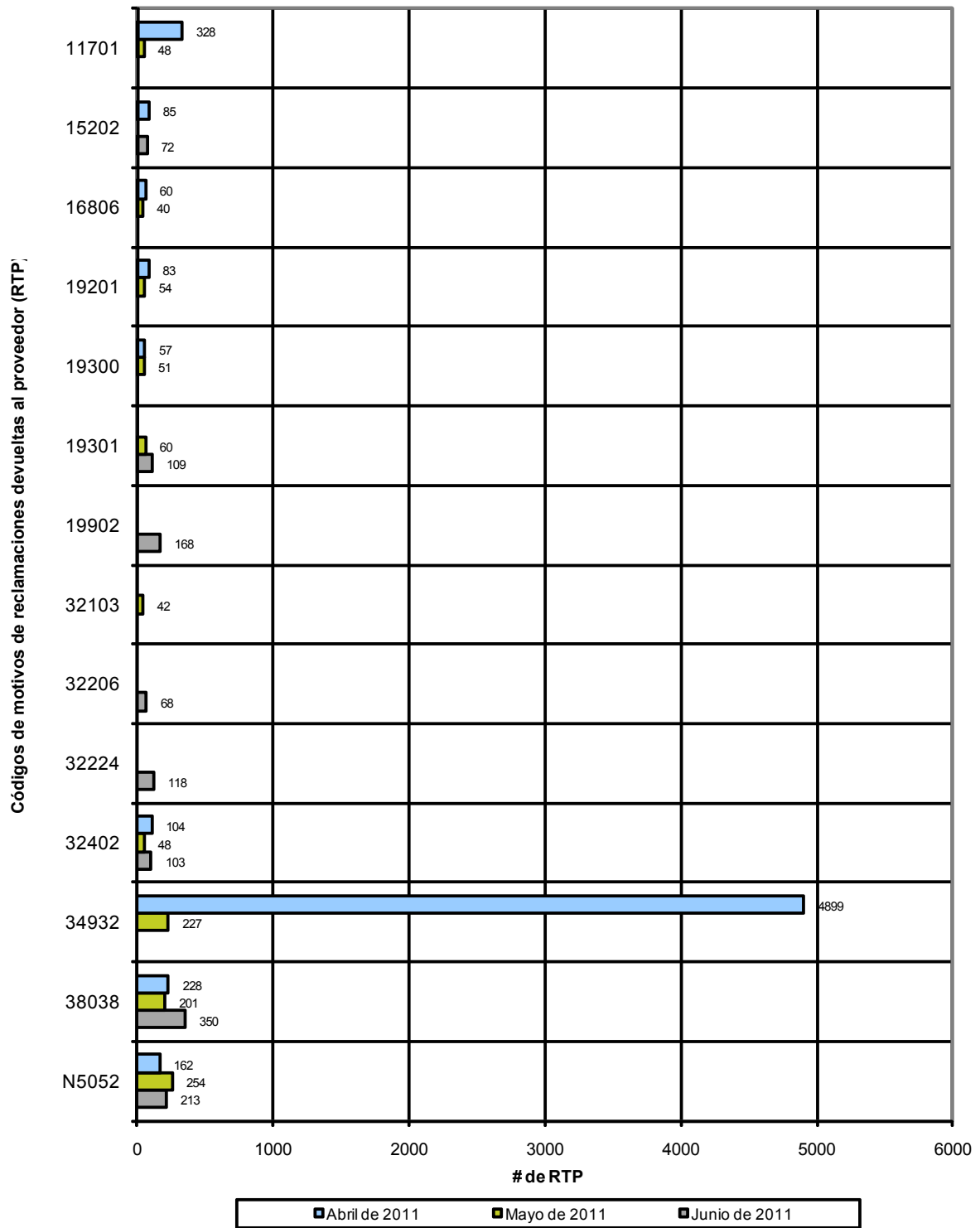
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en abril-junio 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.medicareespanol.fcso.com> a través 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.medicareespanol.fcso.com>, haga clic 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

A70544: Magnetic resonance angiography (MRA).....37

Información Médica Adicional

J3095: Vibativ (telavancin)37

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

A70544: Magnetic resonance angiography (MRA) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28903 (Florida)

Identificador de LCD: L28925 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “magnetic resonance angiography (MRA)” fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para añadir la sección “Limitations”. La sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD también ha sido revisada para añadir la sección “HCPCS Codes that Do Not Support Medical Necessity”. Esta notificación sirve como una notificación de 45 días de que los procedimientos representados por los códigos HCPCS en esta sección (i.e., C8931 – C8936) no están considerados médicamente razonables y necesarios.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios provistos a partir del 12 de septiembre de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Información Médica Adicional

J3095: Vibativ (telavancin) – clarificación sobre facturación

Vibativ es un lipoglicopéptido antibacterial indicado para el tratamiento de pacientes adultos con infecciones complicadas de piel y estructura de piel causada por la bacteria susceptible Gram-positiva. La etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) lista los siguientes microorganismos Gram-positivos que son susceptibles a los aislamientos de vibativ: staphylococcus aureus (incluyendo susceptible-meticilina y aislamientos resistentes), streptococcus pyogenes, streptococcus agalactiae, streptococcus anginosus group (incluye s. anginosus, s. intermedius, y s. constellatus), o enterococcus faecalis (vancomycin-susceptible aislamientos solamente). En la ausencia de determinaciones locales de cobertura, determinaciones nacionales de cobertura o lenguaje manual específico de Medicare, la cobertura de medicamento generalmente es limitada a las indicaciones descritas en la etiqueta aprobada de la FDA. El MAC J9 considera los siguientes códigos de diagnósticos ICD-9-CM como consistentes con las indicaciones aprobadas por la FDA. El registro médico debe sustentar que el servicio es razonable y necesario para el paciente.

Los códigos ICD-9-CM a ser considerados para infección complicada de piel o herida: 680.0-682.9, 707.00-707.09, 707.10-707.19, 707.8, 707.9, 872.10-872.11, 873.1, 873.50-873.59, 873.9, 875.1, 876.1, 877.1, 879.1, 879.3, 879.5, 879.7, 879.9, 880.10-880.13, 880.19, 881.10-881.12, 882.1, 883.1, 884.1, 890.1, 891.1, 892.1, 893.1, o 894.1

Los códigos ICD-9-CM para reportar el microorganismo Gram-positivo: 041.01, 041.02, 041.04, 041.05, 041.10, 041.11, 041.12, o 041.19

De acuerdo al libro 2011 ICD-9-CM, la enfermedad siendo tratada debe ser reportada primero, luego la bacteria. Se espera que estos códigos de diagnósticos sean reportados en la misma reclamación, y en la situación donde no son facturados juntos en la misma reclamación, la reclamación será denegada. Por las directrices del ICD-9-CM, los códigos de diagnóstico serán usados a su número más alto de dígitos disponibles, y puede estar claramente sustentado en revisión del registro médico. Como un recordatorio, el medicamento dado por inyección (parenteral) no está cubierto si la práctica médica estándar indica que la administración del medicamento por la boca (vía oral) es efectiva y es un método aceptado o preferido de administración.

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 FCSC (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 “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

Programas de Incentivos

Nuevos recursos educacionales eRx de 2011 disponibles

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar dos nuevos recursos educacionales en el Electronic Prescribing Incentive (eRx) Program de 2011 disponibles en el sitio Web de CMS.

- [2011 Electronic Prescribing Incentive Program Made Simple Fact Sheet](#)
Esta hoja informativa le aconsejará paso a paso cómo participar en el programa de incentivo eRx de 2011.
- [2011 Electronic Prescribing \(eRx\) Incentive Program Made Simple Quick Reference Chart](#)
Este recurso contiene una referencia rápida para ayudarle a participar en el programa de incentivo eRx de 2011.

Para acceder recursos disponibles del programa eRx, visite www.cms.gov/ERxIncentive en el sitio Web de CMS y haga clic en *Educational Resources*. Una vez en página *Educational Resources*, baje a sección *Downloads* y seleccione el título de la publicación que le interesa.

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

Fuente: CMS PERL 201107-02

Disponibles las hojas informativas de Physician Quality Reporting System y Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program

Se encuentran disponibles, en formato descargable de *Medicare Learning Network*, una serie de hojas informativas relacionadas con Physician Quality Reporting System y Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program:

- La hoja informativa *2011 Physician Quality Reporting System Made Simple for Reporting the Preventive Care Measures Group* está diseñada para informar a profesionales elegibles cómo reportar las mediciones de grupo de cuidado preventivo, e incluye información acerca de cómo iniciar las mediciones de grupo, así como algunos ejemplos de situaciones y soluciones; descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/PQRS_fact_sheet.pdf.
- La hoja informativa *Physician Quality Reporting System Satisfactorily Reporting 2011 Measures: Claims and Registry* está diseñada para informar a profesionales elegibles y su personal de facturación acerca de algunos pasos que deben darse antes de reportar, si deciden participar en Physician Quality Reporting e incluye pautas sobre cómo empezar, consejos acerca de Physician Quality Reporting, Claims-Based Reporting of Individual Measures (reporte de mediciones individuales en base a reclamaciones) y Common Reporting Errors Associated with Claims-based Reporting (errores comunes de reporte asociado con reclamaciones); descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/PQRS_claimreg_fact_sheet.pdf
- La hoja informativa *Physician Quality Reporting System* (anteriormente llamada *Physician Quality Reporting Initiative o PQRI*) *Reporting Periods for 2011* está diseñada para informar a

profesionales elegibles acerca de los períodos de reporte de PQRI 2011 e incluye información acerca de Physician Quality Reporting Resources (fuentes de PQRS) y Four 6-Month Reporting Period Options (opciones de cuatro reportes semestrales); descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/PQRS_RptPeriod_fact_sheet.pdf

- La hoja informativa *2011 Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program Made Simple* está diseñada para, además de otros recursos disponibles, informar a profesionales elegibles acerca de los pasos necesarios para calificar para incentivo 2011 eRx e incluye información de calificar para un incentivo 2011 eRx al reportar mediciones eRx, lo que se considera como un sistema eRx calificado; descargar de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/eRx_fact_sheet.pdf
- La hoja informativa *2011 Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program Made Simple Quick Reference Chart* provee información acerca de preguntas y respuestas previas al reporte de mediciones eRx y se puede descargar en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/eRx_quick_reference.pdf

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

Fuente: CMS PERL 201107-23

Actualización del programa de incentivo eRx de 2011 – ajuste de pagos de 2012

En el 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) implementaron el programa de incentivo de prescripción electrónica (eRx) que es un programa que usa incentivos de pago y ajustes de pago para promover el uso de sistemas de prescripción electrónica.

Desde el año calendario (CY) 2012 al 2014, se aplicará un ajuste de pago que incrementa cada CY año a los servicios profesionales cubiertos por el catálogo de tarifas médicas fijas de Medicare Parte B, a los profesionales elegibles que no provean diagnósticos electrónicos exitosos. El ajuste de pago de 1.0 por ciento en 2012, 1.5 por ciento en 2013 y 2.0 por ciento en 2014 dará por resultado que un profesional elegible o grupo de práctica médica recibirá 99.0 por ciento, 98.5 por ciento y 98.0 por ciento respectivamente por sus servicios profesionales cubiertos por Medicare Parte B PFS.

Ajuste de pago eRx de 2012

El período de reporte de mediciones de prescripción electrónica para propósitos de ajuste de pago de 2012, finalizó el 30 de junio de 2011. Todas las reclamaciones aplicables para fechas de servicio entre el 1 de enero de 2011 y 30 de junio de 2011, deben ser procesadas a más tardar el 29 de julio de 2011.

Sin embargo, el 26 de mayo de 2011, CMS publicó una regla propuesta titulada “Proposed Changes to the 2011 Electronic Prescribing Incentivo Program” para atender inquietudes que han expresado partes interesadas, con respecto a la implementación del ajuste de pago eRx de 2012.

La regla propuesta procede de la manera siguiente:

1. Modifica la tecnología de mediciones de prescripción electrónica existente para permitir la utilización de registros de salud electrónicos certificados (EHR) tal como se define en 45

CFR 170.102.

2. **Provee al ajuste de pago de eRx de 2012 las dificultades significativas adicionales siguientes:**

- (i) Profesional elegible que se registra para participar en el programa de incentivo EHR de Medicare o Medicaid y adopta tecnología EHR certificada;
- (ii) Incapacidad de prescribir electrónicamente debido a regulaciones o leyes locales, estatales o federales;
- (iii) Actividad de prescripción limitada; o
- (iv) Oportunidades insuficientes de reportar en forma electrónica debido a limitaciones del denominador de mediciones.

3. **Permite a los profesionales elegibles presentar solicitudes de excepción por dificultad significativa hasta octubre de 2011.**

Note que CMS no está aceptando solicitudes de excepción en base a lo propuesto más arriba. Al final CMS dará instrucciones para solicitar excepciones de dificultad significativa en una reglamentación final.

La regla propuesta puede verse en [2011 eRx Proposed Rule — CMS-3248-P \[PDF 224KB\]](#). El público tiene hasta el 25 de Julio de 2011 para hacer comentarios sobre la regla propuesta. Después de considerar los comentarios recibidos, CMS publicará la reglamentación final antes de que los cambios propuestos entren en vigencia.

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

Fuente: CMS PERL 201107-44

Actualizaciones de 2010 al programa de incentivo de prescripción médica electrónica

Número de *MLN Matters*: SE1021 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están emitiendo este artículo de edición especial del *MLN Matters* para alertar a los proveedores que no es muy tarde para comenzar a participar en el programa de incentivo de receta electrónica (eRx) para potencialmente calificar y recibir un pago de incentivo de un año completo. Los profesionales elegibles pueden comenzar a reportar eRx en cualquier momento en todo el año del programa 2010 del 1 de enero de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2010, para ser elegibles al incentivo.

Este artículo también provee información actualizada sobre los cambios al programa de incentivo eRx de 2010, como fue autorizado por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA). El eRx es un programa de incentivo separado de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI), con diferentes requisitos de reporte.

Para el 2010, los profesionales elegibles que reportaron exitosamente la medida eRx serán elegibles para recibir un incentivo eRx igual a 2.0 por ciento a su total de cargos permitidos de tarifas fijas de médicos (PFS) de Medicare Parte B para los servicios realizados durante el periodo de reporte.

Tenga en cuenta que comenzando en el 2012, los profesionales elegibles que no son prescriptores electrónicos exitosos estarán sujetos a ajuste de pago PFS, o penalidad.

Una página Web dedicada a proveer todas las últimas noticias sobre el programa de incentivo eRx está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/ERXincentive/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1021.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1021

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

Actualizaciones 2011 del programa de incentivo de prescripción electrónica

Número de *MLN Matters*: SE1120
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están emitiendo este artículo de edición especial del *MLN Matters* para alertar a los proveedores que no es muy tarde para comenzar a participar en el programa de incentivo de prescripción médica electrónica (eRx) para potencialmente calificar y recibir un año completo de pago de incentivo. Los profesionales elegibles pueden comenzar a reportar eRx en cualquier momento a través del 2011 del año del programa del 1 de enero de 2011, hasta el 31 de diciembre de 2011, para ser elegible al incentivo.

Este artículo también provee información actualizada sobre los cambios al programa de incentivo eRx del 2011 como fue autorizado por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA). El eRx es un programa de incentivo por separado del Physician Quality Reporting System (Physician Quality Reporting,

Continúa en la página siguiente

Actualizaciones...(Continuación)

anteriormente llamado Physician Quality Reporting Initiative o PQRI), con diferentes requisitos de reporte.

Para el 2011, los profesionales elegibles que satisfactoriamente reportan la medida de prescripción electrónica serán elegibles para recibir un incentivo eRx igual al 1.0 por ciento de su total de cargos permitidos de tarifa fija del médico (PFS) de Medicare Parte B para los servicios realizados durante el periodo de reporte.

Tenga en cuenta que comenzando el 2012, los profesionales elegibles pueden estar sujetos a un ajuste de pago de tarifa fija del médico de 1.0 por ciento si ellos no cumplen los requisitos de reporte para el ajuste de pago eRx 2012 para el 30 de junio de 2011.

Una página Web dedicada a prevenir todas las últimas noticias sobre el programa de incentivo eRx está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/ERXincentive/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1120.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1120

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.

PQRS

Hojas informativas del Physician Quality Reporting System de 2011 disponibles

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar tres nuevos recursos del Physician Quality Reporting System de 2011 disponibles en el sitio Web de CMS.

- [Physician Quality Reporting System: Satisfactorily Reporting 2011 Physician Quality Reporting System Measures — Claims and Registry fact sheet](#)

Esta hoja informativa es un guía de reportes basados en reclamaciones y registros y describe los pasos que deben seguir los profesionales/prácticas médicas elegibles antes de reportar al Physician Quality Reporting System. También contiene consejos útiles para profesionales elegibles y su personal de facturación.

- [2011 Physician Quality Reporting System: Made Simple for Reporting the Preventive Care Measures Group fact sheet](#)

Esta hoja informativa contiene instrucciones rápidas y fáciles de entender para profesionales elegibles, acerca de cómo participar satisfactoriamente en el Physician Quality Reporting System de 2011, utilizando el Preventive Care Measures Group.

- [Physician Quality Reporting System: \(Physician Quality Reporting, formerly called Physician Quality Reporting Initiative or PQRI\) Reporting Periods for 2011 fact sheet](#)

Esta hoja informativa explica los dos períodos de reporte del Physician Quality Reporting System de 2011: anual (1 de enero al 31 de diciembre de 2011) y semestral (1 de julio al 31 de diciembre de 2011).

Para acceder los recursos educacionales del Physician Quality Reporting System, visite <http://www.cms.gov/PQRS> y seleccione *Educational Resources*. Una vez en la página *Educational Resources*, vaya a la sección "Downloads" al final de la página y seleccione el título de la publicación.

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

Fuente: CMS PERL 201107-01

Información General

Código de especialidad para servicios de imagen de diagnóstico avanzada

Número de *MLN Matters*: MM7175 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7175
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de junio de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2248CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7175, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2248CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2248, CR 7175

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

Política propuesta e índice de pago para las tarifas fijas del médico

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla propuesta que actualizaría las políticas e índices de pago para los médicos y profesionales de la salud (NPP) para los servicios pagados bajo el Medicare physician fee schedule (MPFS) en el año calendario (CY) 2012. Más de un millón de proveedores de servicios vitales de la salud a los beneficiarios de Medicare – incluyendo médicos de medicina osteopática, practicantes de licencia limitada tales como podiatras, y los NPP tales como enfermeras practicantes y terapeutas físicos – son pagados bajo el MPFS. CMS proyecta que el total de pagos bajo el MPFS en CY 2012 serán de \$80 billones.

Se le exige a CMS que emita una regla propuesta que refleje la ley actual. Bajo la ley actual, los proveedores enfrentarían una pronunciada reducción general en índices de pago, basado en una fórmula – el índice de crecimiento sostenible (SGR) – que fue adoptada en el Balanced Budget Act of 1997. Si entra en efecto, los índices de pago de Medicare son proyectados a ser reducidos al 29.5 por ciento para los servicios en el 2012. Esta es la undécima vez que la fórmula SGR viene a ser una reducción en el pago, aunque las reducciones han sido prevenidas a través de legislación en todos menos en CY 2002. En el 2010, tres piezas separadas de legislación fueron necesarias para prevenir las reducciones en el pago, seguidas por dos leyes que autorizó incrementos en la actualización del médico, resultando en índices de pago más altos para los servicios de los médicos realizados entre el 1 de junio de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2011.

La regla propuesta actualizaría un número de programas de incentivos del médico incluyendo el sistema para reportar la calidad del servicio médico, el programa de incentivo de prescripción médica electrónica, y el programa de incentivo de registro de salud electrónico. Adicionalmente, incluye medidas propuestas de calidad y costo que serían usadas para establecer un nuevo modificador basado en valor que compensaría a los médicos por proveer más calidad y un cuidado más eficiente. El Affordable Care Act exige que CMS comience a realizar ajustes de pago a ciertos médicos y grupos de médicos el 1 de enero de 2015, y para aplicar el modificador a todos los médicos para el 1 de enero de 2017. CMS trata de trabajar de cerca con los médicos para asegurar que los esfuerzos para mejorar la calidad, seguridad, y eficiencia del cuidado no tienen consecuencias alternas para

Continúa en la página siguiente

Política...(Continuación)

el acceso de la atención médica al paciente.

CMS aceptará comentarios sobre la regla propuesta hasta el 30 de agosto de 2011, y revisará y responderá a todos los comentarios en una regla final a ser emitida el 1 de noviembre de 2011.

[Haga clic aquí](#) para leer el comunicado de prensa completo de CMS.

También, para información adicional, vea [CMS fact sheets](#) y el [Physician Fee PPS Rule at Federal Register](#).

Fuente: CMS PERL 201107-05

Requisitos de acreditación para imagen de diagnóstico avanzado

Fecha límite, 1 de enero de 2012

Si usted es proveedor o suplidor de componentes técnicos de servicios de imagen de diagnóstico avanzado (ADI) y factura a Medicare por estos servicios según el catálogo de tarifas médicas fijas, entonces deberá estar acreditado a más tardar el domingo 1 de enero de 2012. Aquellos que no estén acreditados para esa fecha, no podrán facturar a Medicare hasta que lo estén.

Aquellos que están haciendo planes de acreditación para continuar proporcionando componentes técnicos de servicios ADI, deben saber que la acreditación depende de la demostración de los estándares de calidad (sin limitarse a):

- Calificaciones y responsabilidades de médico director y supervisor de médicos;
- Calificaciones de personal de la salud que no son médicos;
- Procedimientos para asegurar que el equipo utilizado cumple las especificaciones de desempeño;
- Procedimientos para asegurar la seguridad de los beneficiarios;
- Procedimientos para asegurar la seguridad de la persona que toma la imagen; y
- Establecimiento y mantenimiento de medidas para asegurar la calidad y programa de control de calidad para asegurar la confiabilidad, claridad y precisión de la calidad técnica de la imagen.

Adicionalmente, el proceso de acreditación puede incluir:

- Visitas sorpresivas, al azar;
- Revisión de negativos de imágenes;
- Revisión de registros de credenciales del personal y registros de mantenimiento;
- Revisión de registros de pacientes y reclamos de beneficiarios;
- Revisión de datos de calidad y monitoreo de datos en proceso; y
- Encuestas trianuales.

Para más información sobre acreditación ADI, incluyendo detalles del proceso de acreditación y de las asociaciones aprobadas por CMS otorgar acreditación, visite http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/03_AdvancedDiagnosticImagingAccreditation.asp. Ha sido también publicado el artículo MLN SE1122, "Important Reminders about Advanced Diagnostic Imaging (ADI) Accreditation Requirements", disponible en <http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/Downloads/SE1122.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201107-41

Síntesis de políticas de Medicare acerca de servicios quiroprácticos

Número de *MLN Matters*: SE1101
 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

Numerosas auditorías de reclamaciones presentadas por quiroprácticos para obtener pago de Medicare han demostrado que una parte significativa de las reclamaciones han sido pagadas incorrectamente. El pago correcto de una reclamación depende grandemente en el cumplimiento de los proveedores de los requisitos de Medicare en cuanto a cobertura, codificación y documentación de los servicios que ellos reportan a Medicare.

El objetivo de este artículo es expresar los requisitos de servicios quiroprácticos en unos pocos consejos prácticos para un mejor cumplimiento con Medicare y una disminución de la tasa de errores de pago.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1101.pdf>.

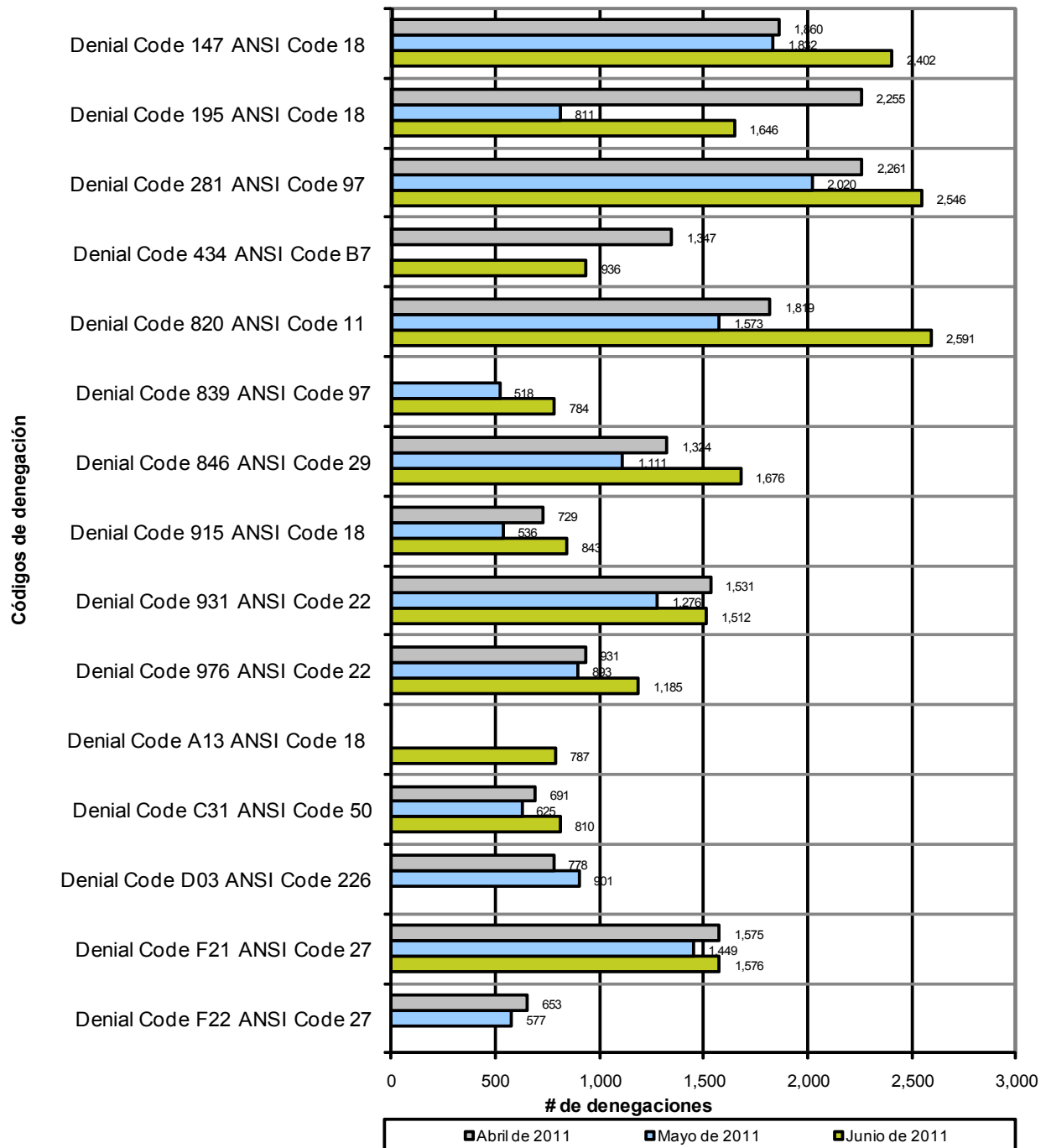
Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1101

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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en abril – junio de 2011

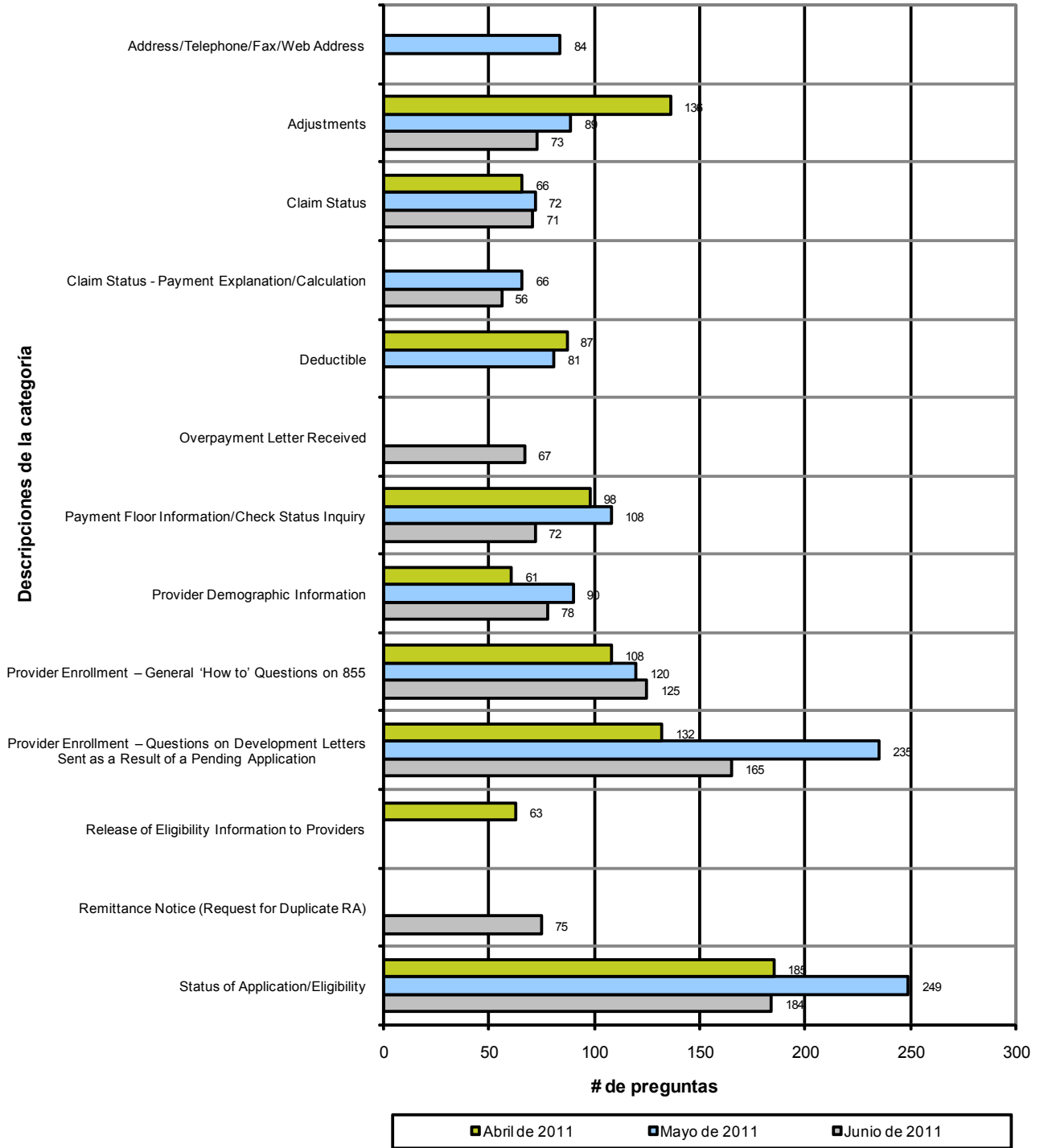
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de abril – junio de 2011. Para consejos y recursos que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

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



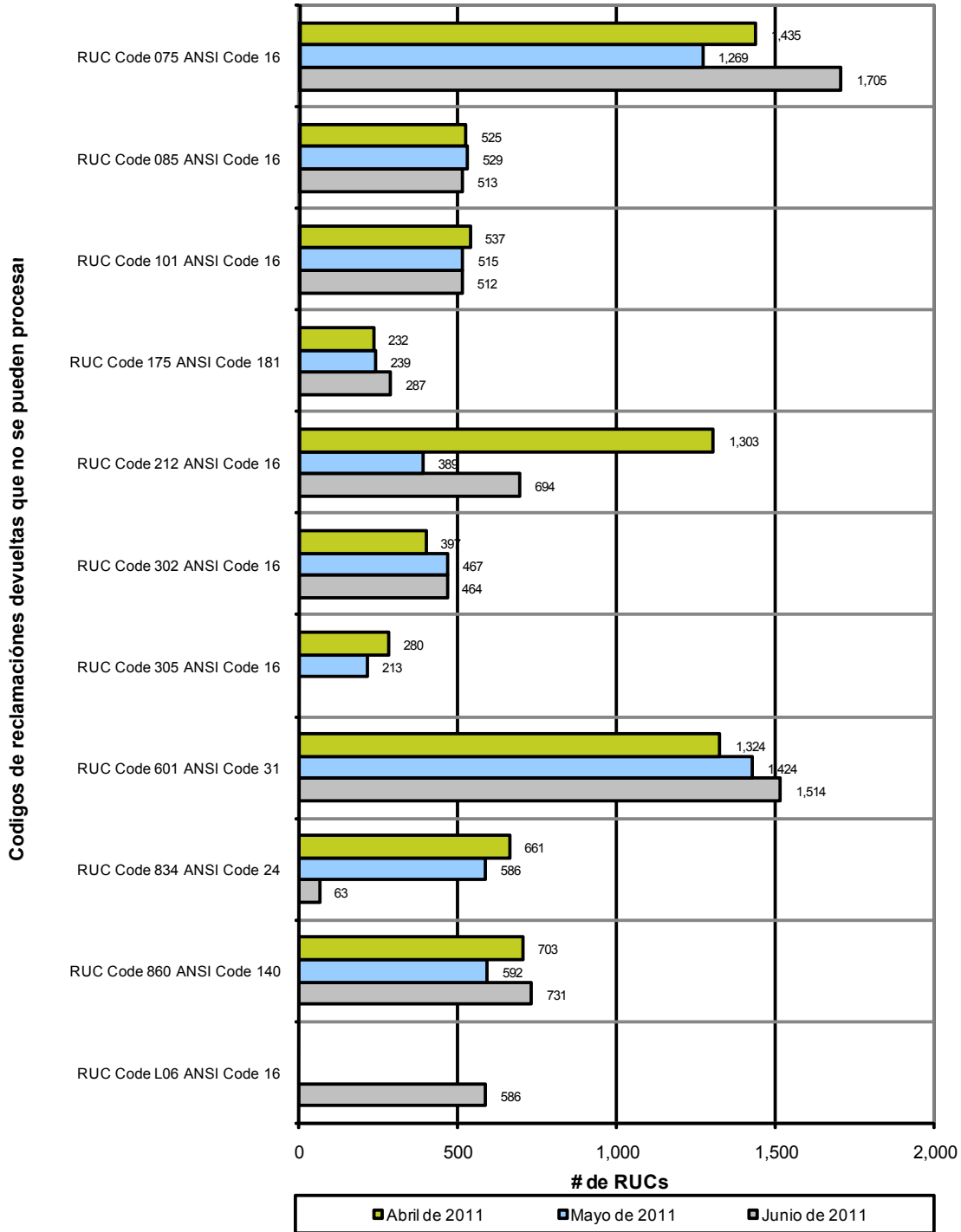
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en abril-junio 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://medicareespanol.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://medicareespanol.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

64561: Sacral neuromodulation.....	51
70544: Magnetic resonance angiography (MRA).....	51
NCSVCS: Noncovered services.....	52

Información Médica Adicional

J7187: Hemophilia clotting factors	53
J3095: Vibativ (telavancin)	53

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

64561: Sacral neuromodulation – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29273 (Florida)

Identificador de LCD: L29389 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “sacral neuromodulation” fue efectiva para los servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada basada en una solicitud de reconsideración para añadir una nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para incontinencia fecal. Literatura apropiada basada en evidencia, revisada por colegas fue presentada y revisada junto con las cartas de aprobación de la FDA y la revisión que sustentó la solicitud.

La LCD ha sido revisada para añadir “Indications” y “Limitations” bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. La siguiente nueva indicación ha sido añadida a la sección “Indications” de la LCD para “sacral nerve stimulation”: “tratamiento de incontinencia fecal en aquellos pacientes que han fallado o no son candidatos para tratamientos conservativos (i.e., biorretroalimentación, manejo dietético, farmacoterapia, terapia de endurecimiento). El paciente también debe tener un esfínter débil, pero estructuralmente intacto”. En adición a esta nueva indicación siendo añadida, la sección “Limitations” de la LCD ha sido revisada para describir las limitaciones de cobertura para incontinencia fecal. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para incluir código de diagnóstico 787.60 (Full incontinence of feces) a la lista de códigos de diagnósticos médicamente necesarios. Por último, las secciones “Documentation Requirements”, “Utilization Guidelines” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD han sido revisadas de forma apropiada para la adición de esta nueva indicación.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 22 de julio de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 14 de marzo de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

70544: Magnetic resonance angiography (MRA) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29218 (Florida)

Identificador de LCD: L29447 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “magnetic resonance angiography (MRA)” fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para añadir la sección “Limitations”. La sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD también ha sido revisada para añadir la sección “HCPCS Codes that Do Not Support Medical Necessity”. Esta notificación sirve como una notificación de 45 días de que los procedimientos representados por los códigos CPT/HCPCS listados en esta sección (i.e., 72159 y 73225, y C8931 – C8936 [for Ambulatory Surgical Centers]) no son considerados médicamente razonables y necesarios.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios provistos a partir del 12 de septiembre 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.

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 servicios sin cobertura fue revisada por última vez el 1 de julio de 2011. Desde ese tiempo fue hecha la revisión siguiente.

- Toda vez que el código CPT 97024 (*Diathermy/Microwave*) es también referenciado en LCD de servicios de rehabilitación y terapia, el código CPT 97024 (*Application of a modality to one or more areas; diathermy [eg, microwave]*) ha sido eliminado de la LCD de servicios sin cobertura.

El anexo a la LCD para servicios sin cobertura “coding guidelines” basado en determinaciones nacionales de cobertura (NCD) ha sido recientemente revisado el 12 de abril de 2011. Desde ese tiempo, han sido hechas al anexo “coding guidelines” las revisiones siguientes:

- CPT código 82435 (Prueba del sudor para predecir la eficacia de simpatectomía en enfermedad vascular periférica [PVD]) ha sido cambiado a CPT código 82438. Esto se basa en la determinación nacional de cobertura (NCD) para prueba del sudor (*Medicare National Coverage Determinations Manual*, Pub. 100-03, capítulo 1, Sección 190.5). Además, First Coast Service Options Inc. ha identificado ICD-9-CM códigos 443.0-443.9 para representar PVD en base a esta NCD.
- HCPCS código P9033 (Factor de transferencia para tratamiento de esclerosis múltiple) ha sido cambiado a CPT código 95199. Esto se basa en la determinación nacional de cobertura (NCD) para factor de transferencia (*Medicare National Coverage Determinations Manual*, Pub. 100-03, capítulo 1, Sección 160.20). Además, First Coast Service Options Inc. ha identificado ICD-9-CM código 340 para representar esclerosis múltiple en base a esta NCD.
- Toda vez que la terapia chelation therapy ethylenediamine-tetra-acetic acid (EDTA) (HCPCS código J0600) utilizada en tratamiento y prevención de arterioesclerosis también es referenciada en LCD terapia chelation, CPT código 93799 (Terapia chelation [EDTA] para tratamiento de arterioesclerosis) ha sido eliminada del anexo “coding guidelines” de la LCD de servicios sin cobertura. Esto se basa en la determinación nacional de cobertura (NCD) (*Medicare National Coverage Determinations Manual*, Pub. 100-03, capítulo 1, Sección 20.21).
- Toda vez que el indicador de estatus del procedimiento CPT código 96902 (*Análisis del pelo para detectar huellas de minerales como una ayuda en el diagnóstico de enfermedades humanas*) es “B” (Pago de servicios cubiertos está siempre envuelto en pago por otros servicios no especificados), CPT código 96902 fue eliminado del anexo “coding guidelines” de la LCD de servicios sin cobertura.
- Toda vez que CPT código 97024 (Tratamiento de diatermia o de ultrasonido realizado para enfermedades o condiciones respiratorias) es también referenciado en la LCD de servicios de terapia y rehabilitación en base a determinación nacional de cobertura (NCD) (*Medicare National Coverage Determinations Manual*, Pub. 100-03, capítulo 1, Sección 240.3, CPT código 97024 ha sido eliminado del anexo “coding guidelines” de la LCD de servicios sin cobertura.
- Toda vez que HCPCS código G0283 (Electroterapia para tratamiento de parálisis nerviosa facial [Bell's Palsy]) es también referenciada en LCD de servicios de terapia y rehabilitación en base a determinación nacional de cobertura (NCD) (*Medicare National Coverage Determinations Manual*, Pub. 100-03, capítulo 1, Sección 160.15, HCPCS código G0283 ha sido eliminado del anexo “coding guidelines” de la LCD de servicios sin cobertura.

Fecha de vigencia

Este artículo sirve como una notificación de 45 días de que la prueba de sudor para predecir la eficacia de simpatectomía en PVD (ICD-9-CM códigos 443.0-443.9) no está probada y que el factor de transferencia para tratamiento de esclerosis múltiple (ICD-9-CM 340) está todavía en estado experimental y por lo tanto no tienen cobertura. Estas revisiones a las pautas de codificación/LCD son efectivas para servicios prestados a partir del 5 de septiembre 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.

Información Médica Adicional

J7187: Hemophilia clotting factors – retiro de las directrices de codificación

Identificador de LCD: L29187 (Florida)

Identificador de LCD: L29345 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El anexo “Coding Guidelines” de la determinación local de cobertura (LCD) para “hemophilia clotting factors” fue revisada por última vez el 1 de julio de 2011. Desde ese tiempo, el anexo “Coding Guidelines” ha sido retirado basado en el JSM/TDL-10239 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), fecha del 19 de abril de 2010, indicando que la provisión “Least Costly Alternative” (LCA) ya no aplica.

Fecha de vigencia

El retiro del anexo “Coding Guidelines” es efectivo para las reclamaciones procesadas a partir del 26 de julio de 2011. Aunque el retiro del anexo “Coding Guidelines” es efectivo el **26 de julio de 2011**, la fecha efectiva de la instrucción de CMS a los contratistas para remover la provisión LCA fue el **19 de abril de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/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.

J3095: Vibativ (telavancin) – clarificación sobre facturación

Vibativ es un lipoglicopéptido antibacterial indicado para el tratamiento de pacientes adultos con infecciones complicadas de piel y estructura de piel causada por la bacteria susceptible Gram-positiva. La etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) lista los siguientes microorganismos Gram-positivos que son susceptibles a los aislamientos de vibativ: staphylococcus aureus (incluyendo susceptible-meticilina y aislamientos resistentes), streptococcus pyogenes, streptococcus agalactiae, streptococcus anginosus group (incluye s. anginosus, s. intermedius, y s. constellatus), o enterococcus faecalis (vancomycin-susceptible aislamientos solamente). En la ausencia de determinaciones locales de cobertura, determinaciones nacionales de cobertura o lenguaje manual específico de Medicare, la cobertura de medicamento generalmente es limitada a las indicaciones descritas en la etiqueta aprobada de la FDA. El MAC J9 considera los siguientes códigos de diagnósticos ICD-9-CM como consistentes con las indicaciones aprobadas por la FDA. El registro médico debe sustentar que el servicio es razonable y necesario para el paciente.

Los códigos ICD-9-CM a ser considerados para infección complicada de piel o herida: 680.0-682.9, 707.00-707.09, 707.10-707.19, 707.8, 707.9, 872.10-872.11, 873.1, 873.50-873.59, 873.9, 875.1, 876.1, 877.1, 879.1, 879.3, 879.5, 879.7, 879.9, 880.10-880.13, 880.19, 881.10-881.12, 882.1, 883.1, 884.1, 890.1, 891.1, 892.1, 893.1, o 894.1

Los códigos ICD-9-CM para reportar el microorganismo Gram-positivo: 041.01, 041.02, 041.04, 041.05, 041.10, 041.11, 041.12, o 041.19

De acuerdo al libro 2011 ICD-9-CM, la enfermedad siendo tratada debe ser reportada primero, luego la bacteria. Se espera que estos códigos de diagnósticos sean reportados en la misma reclamación, y en la situación donde no son facturados juntos en la misma reclamación, la reclamación será denegada. Por las directrices del ICD-9-CM, los códigos de diagnóstico serán usados a su número más alto de dígitos disponibles, y puede estar claramente sustentado en revisión del registro médico. Como un recordatorio, el medicamento dado por inyección (parenteral) no está cubierto si la práctica médica estándar indica que la administración del medicamento por la boca (vía oral) es efectiva y es un método aceptado o preferido de administración.

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 [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			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



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager