

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Agosto 2011



Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales	23
Información para proveedores de la Parte A.....	24
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	40
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	42
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	43
Información para proveedores de la Parte B.....	44
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	58
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	60
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	61

Iniciativa de prevención del fraude

Si usted ayuda a las personas con Medicare, Medicaid y Children's Health Insurance Program (CHIP), usted debe saber sobre un esfuerzo expandido del gobierno federal para reducir fraude y otros pagos impropios en estos programas del cuidado de la salud para ayudar a asegurar su viabilidad a largo plazo.

El progreso significativo en la lucha contra el fraude del cuidado de la salud ya ha sido realizada como se muestra por el recobro del gobierno federal de un record de \$4 billones el año pasado de personas que intentaron defraudar a las personas de edad avanzada y contribuyentes. El Affordable Care Act provee recursos adicionales y herramientas para habilitar a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) a expandir los esfuerzos para prevenir y luchar contra el fraude, desperdicio y abuso. La iniciativa de prevención del fraude de CMS se enfoca en asegurar que los pagos correctos son realizados para legitimar a los proveedores para los servicios cubiertos apropiados y razonables en todos los programas federales del cuidado de la salud.

Los esfuerzos para prevenir el fraude se enfocan en mover a CMS más allá de sus operaciones de recobro anteriormente conocidas como "pay and chase" (pago y cacería) a un modelo más proactivo de "prevention and detection" (prevención y detección) que ayudará a prevenir el fraude y abuso antes de que se realice el pago. Un buen ejemplo es el anuncio reciente de CMS de que por primera vez, a través del uso de tecnología innovadora de modelo

predictivo similar a la usada por compañías de tarjetas de crédito, la agencia tendrá la habilidad de usar técnicas de puntuación de riesgo para categorizar las reclamaciones y proveedores de alto riesgo para revisión adicional y tomar acción para detener los pagos y remover a los proveedores del programa cuando sea necesario.

No obstante, a pesar de ser importantes estas nuevas y agresivas iniciativas, la primera y mejor línea de defensa contra el fraude sigue siendo el consumidor del cuidado de la salud. Usted puede ayudar al asegurar que los beneficiarios de Medicare tienen la información que necesitan para identificar y reportar sospechas de fraude. Esta información está disponible en el conjunto de herramientas de prevención del fraude de CMS disponibles en la Internet en https://www.cms.gov/Partnerships/04_FraudPreventionToolkit.asp#TopOfPage.

El sitio Web contiene materiales para ayudarle a informar a los beneficiarios de Medicare sobre cómo protegerse para no convertirse en víctimas de fraude y cómo reportarlo.

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 201108-27



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3	Método para establecer costos de servicios	30
Actualización trimestral para proveedores	4	Problemas al procesar reclamaciones	30
Partes A y B		Servicios de anestesiastas de hospital	31
Cobertura y Reembolso		Sección 5503: Distribución de posiciones	31
Protocolo de servicio de ambulancia aérea	5	Adición de MS-DRG 265 a lista IPPS	32
Reprocesamiento de aparatos prostéticos	5	Centros de Rehabilitación	
Facturación de farmacia para medicamentos	6	Cambios a PPS Pricer de año fiscal 2012	32
Cambios al software de modificación de NCD	6	CMS implementa pago, cambia política	33
Programa de auditoría de recuperación	7	Recibirán el reporte PEPPER	34
Instrucciones de aceptar y procesar códigos	7	Centros de Enfermería Especializada	
Tratamiento de inmunoterapia celular	8	Pagos FY 2012 para índices de caso mixto	34
HIPAA		Información General	
Versión 5010 First National Testing Day	8	Consejería para prevenir el uso del tabaco	36
Calendario de implementación	9	Reclamaciones de producción de errata	36
Intercambio Electrónico de Datos		Gráficos	
Reporte de recobro de sobrepago ERA	10	Datos de procesamiento de reclamación	37
Actualización de pautas usuario Medicare	11	Determinaciones Locales de Cobertura	
Educación		Tabla de contenido de LCD Parte A	40
Nuevas FAQ sobre servicios preventivos	12	Ordenar materiales de Parte A	42
Nuevos podcasts de ICD-10 de CMS	13	Contactos Parte A de Puerto Rico	43
Agosto: mes nacional de la inmunización	14	Parte B	
Nuevo 'Fast Fact' en la página Web MLN	15	Cobertura y Reembolso	
Panfleto Introduction to Medicare Program	15	Facturación de códigos de reparación	44
Quarterly Provider Compliance Newsletter	15	Acreditación para médicos y profesionales	45
Actualización Medicare Learning Network	16	Clarificación de pago para los servicios	45
Información General		Actualización a modificaciones de CLIA	46
Quiroprácticos no elegibles para ordenar	16	Actualización de pago y corrección	47
Diferencias de programas de incentivo		Facturación de laboratorios	47
EHR	17	Códigos HCPCS adicionales	48
Revalidación de información de inscripción	18	Educación	
Enseñanza de desarrollo acelerado ACO	18	Hoja informativa de 2011 PQRS	48
Seguridad del paciente hospitalizado	19	Guía revisada 'Medicare Physician Guide'	48
Inscripción de proveedores de Medicare	19	Intercambio Electrónico de Datos	
Programa de incentivo eRx Medicare 2010	20	Cambios a anuncio de remesa	49
Terapia física a pacientes ambulatorios	20	Medicare Remit Easy Print actualizado	49
Tecnología certificada EHR	21	Información General	
Revalidación de inscripción del proveedor	21	Proveedores que ordenan/refieren, revisión	50
Títulos de código FY 2012 ICD-9-CM	21	Iniciativa de codificación correcta	51
Actualización anual de pago de bonos	22	Expansión de modificación de reclamaciones	52
Recursos Educativos		para los proveedores que ordenan/refieren	52
Próximos eventos educacionales	23	Acreditación de proyección de imagen	53
Parte A		2009 Physician Quality Reporting System	53
Cobertura y Reembolso		Médicos y otros profesionales de la salud	
Editor de códigos ambulatorios a julio 2011	24	necesitan inscribirse para ordenar y referir	54
Modificación médica improbable '51MUE'	24	Problemas de deducible de Medicare	54
Centros de servicios paliativos de Medicare	25	Gráficos	
Tasas de pago de servicios paliativos	26	Datos de procesamiento de reclamación	55
Archivos del proveedor de julio de 2011	26	Determinaciones Locales de Cobertura	
Hoja informativa Inpatient Psychiatric		Tabla de contenido de LCD Parte B	58
Facility Prospective Payment System	27	Ordenar materiales de Parte B	60
ESRD		Contactos Parte B de Puerto Rico	61
Actualización trimestral del PPS de ESRD	27		
Programa de mejoramiento de calidad	28		
Corrección de fecha de la primera diálisis	28		
Hospital			
Mejoras al cuidado del paciente	29		
Actualización de INP PPS PC Pricer	29		

Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 8
Agosto 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 Medicare de FCSO en <http://medicareespanol.fcso.com>. En algunos casos, algunos asuntos especiales adicionales que no fueron programados pueden ser publicados.

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

Cualquiera puede ver, imprimir, o descargar *Medicare A y B Al Día* de nuestro sitio Web. Los proveedores que no puedan obtener *Medicare A y B Al Día* por Internet tienen que inscribirse con nosotros para recibir una copia impresa de cortesía.

La distribución de *Medicare A y B Al Día* en copia impresa está limitada a una copia por institución de salud, proveedores independientes, o grupos de asociaciones profesionales (PA) que han facturado al menos una reclamación de Parte A o B a Medicare para su procesamiento durante los últimos 12 meses antes de la publicación de esta edición. Los proveedores que cumplan con estos criterios son elegibles para recibir una copia de cortesía de esa edición, si una barrera técnica existe que los previene de obtenerla de la Internet y ellos nos han devuelto el formulario completo de inscripción. Los formularios de inscripción deben ser enviados anualmente o cuando se experimente un cambio de circunstancias que impacta el acceso electrónico.

Para copias adicionales, los proveedores pueden comprar una suscripción por separada anual en copia impresa (vea el formulario de orden al reverso de esta edición). Todas las ediciones publicadas en inglés desde 1997 pueden ser descargadas de la Internet libre de cargos.

Usamos la misma dirección de correo para toda la correspondencia, y no podemos designar que *Medicare A y B Al Día* sea enviada a una persona/

departamento específico dentro de la oficina de un proveedor. Para asegurar el recibimiento continuo de toda la correspondencia de Medicare, los proveedores deben mantener sus direcciones actuales con el departamento de Inscripción del Proveedor de Medicare. Recuerde que los cambios de dirección deben ser hechos usando el formulario CMS-855 apropiado.

¿Qué se encuentra en esta publicación?

Medicare A y B Al Día está dividida en secciones que informan sobre pautas generales y de cobertura, información específica para centros de salud, y categorías de especialidades:

La primera parte de esta publicación consiste en secciones de información administrativa y general, pautas de procesamiento, asuntos de facturación, y pautas de cobertura de Medicare aplicable a todos los proveedores de Medicare de Parte A y B.

Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocado en proveedores de Parte A y centros de salud incluido en secciones individuales.

Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocada en proveedores de Parte B y centros de salud incluida en secciones individuales.

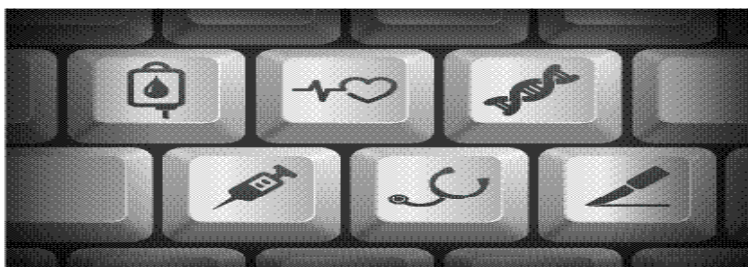
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

La sección de recursos educacionales incluye eventos y materiales educativos, tales como webcasts, seminarios, y formularios reproducibles.

Direcciones y números de teléfono importantes están al final de cada edición.

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

Los artículos incluidos en cada *Medicare A y B Al Día* representan aviso formal que pólizas de cobertura específica han o tomaran efecto en la fecha indicada. Se espera que los proveedores lean, entiendan, y se rijan por las pólizas descritas en este documento para asegurar el cumplimiento con la cobertura de Medicare y pautas de pago.



Actualización trimestral para proveedores

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publican la actualización trimestral de proveedores (QPU) al principio de cada semestre, con la finalidad de informar al público acerca de:

- Reglamentaciones y cambios de importancia en procedimientos que estén en proceso de desarrollo durante este trimestre
- Regulaciones y cambios de importancia que se hayan completado o cancelado
- Manuales de instrucciones nuevos/modificados.

Los reglamentos de CMS establecen o modifican la manera en que CMS administra el programa de Medicare. Estos reglamentos afectan tanto a proveedores como a suplidores que prestan servicios a los beneficiarios de Medicare.

Los proveedores pueden acceder a QPU en el sitio Web de CMS:

<http://www.cms.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. ❖

Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare

¿Sabía usted que el reporte de Provider Data Summary (PDS) puede ayudarle a mejorar la precisión y eficiencia de su facturación a Medicare? Solamente acceda al reporte PDS a través de nuestro portal en línea, establezca su cuenta, y compare sus patrones de facturación con aquellos de proveedores similares durante un periodo de facturación específico. Este recurso invaluable le ayudará proactivamente a reducir errores de facturación al aprender a evitarlos antes de que estos ocurran. ¿Le gustaría saber más? Solamente visite nuestra página de PDS, donde usted encontrará simulaciones de gran ayuda, una guía rápida para comenzar, y una guía de ayuda que le enseña como aplicar los resultados PDS a las necesidades de su negocio.

Cobertura y Reembolso

Protocolo de servicio de ambulancia aérea rural para revisión por el contratista

De acuerdo a Sección 415 de Medicare Modernization Act of 2003, debe “asumirse” que los requisitos razonables y necesarios para transporte por ambulancia aérea rural han sido cumplidos cuando el servicio es provisto de acuerdo a un protocolo de agencia de servicios médicos de emergencia (EMS) establecida en la región o el estado. El protocolo debe ser reconocido o aprobado por Secretary of the Department of Health and Human Services, que administra Medicare a través de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

CMS define “establecido” para significar que aquellos protocolos han sido revisados y aprobados por agencias EMS del estado o han sido desarrollados de acuerdo a las pautas generales de EMS del estado. La presentación de protocolos para revisión y subsecuente aprobación “asume” que el proveedor ha cumplido con los requisitos razonables y necesarios para transporte por ambulancia aérea rural.

Los proveedores que anticipan transporte por ambulancia aérea rural de acuerdo a ese protocolo, deben presentarlo anticipadamente por escrito a su intermediario fiscal para revisión y aprobación. Fuente: CMS PERL 201107-52

Proveedores pueden presentar el protocolo para revisión de la manera siguiente:

Por email: medicalpolicy@fcso.com

Ponga Air Ambulance Protocol en la línea de tema.

Por correo de los Estados Unidos:

First Coast Service Options Inc.
Medical Policy and Procedures ROC 19T
ATTN: Manager of Medical Policy and Procedures
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Por FAX: 1-904-791-8006

Proveedores serán notificados por escrito de todas las decisiones de revisión del protocolo dentro de 30 días de haber sido recibidas por FCSSO.

Incluya en su presentación un nombre de contacto, número de teléfono y dirección. Las decisiones de revisión serán enviadas a esa dirección.

CMS ha emitido un artículo *MLN Matters*® con respecto a este requisito, que puede ser visto en: <http://www.cms.gov/mlnmattersarticles/downloads/MM3571.pdf>.

Fuente: Pub. 100-09. Chapter 6, Section 6.4.2

Reprocesamiento de aparatos prostéticos personalizados

Se puede realizar el pago de la Parte B para los elementos prostéticos, ortóticos y provisiones médicas (prosthetics, orthotics, and supplies, POS) cuando se brindan a un beneficiario que se encuentra en una estadía en un hospital o centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) no cubierta de la Parte A. Si estos elementos se brindan a los beneficiarios que se encuentran en una estadía en un hospital o SNF cubierta de la Parte A, en virtud de las normas de pago del sistema de pagos prospectivos por pacientes hospitalizados o de la facturación consolidada (consolidated billing, CB) del SNF, los elementos serán agrupados en el pago global de la Parte A para la hospitalización cubierta en sí misma. Una excepción a esta política es cuando determinados aparatos prostéticos personalizados se brindan a beneficiarios que se encuentran en una hospitalización en el SNF cubierta por la Parte A dado que estos elementos surgieron de la disposición de CB del SNF de la Ley de Ajuste Presupuestario (Balanced Budget Refinement Act) de 1999 (BBRA, PL 106-113, Apéndice F, Sección 103).

A partir del lunes 4 de abril, el sistema de procesamiento de reclamaciones ha denegado reclamaciones en forma incorrecta para determinados aparatos prostéticos personalizados.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) están emitiendo instrucciones para corregir este error de procesamiento, pero la corrección no se implementará hasta el domingo 1 de enero de 2012. En el período provisional, los contratistas administrativos de Medicare de equipos médicos duraderos (durable medical equipment Medicare administrative contractors, DME MAC) volverán a procesar cualquier reclamación para aparatos prostéticos personalizados (identificada por la serie “L” de los códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud [Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS]) que fue denegada en forma incorrecta cuando dichas reclamaciones les sean notificadas. ❖

Fuente: CMS PERL 201107-52

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

Número de *MLN Matters*: MM7397
 Número de petición de cambio relacionado: 7397
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2271CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de de 2011



Resumen

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

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

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/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/R2271CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2271, 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.

Cambios al software de modificación de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM7507
 Número de petición de cambio relacionado: 7507
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de julio de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2257CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7507, la cual anuncia los cambios que serán incluidos en la publicación de octubre de 2011, del módulo de modificación de Medicare para las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) de laboratorio de diagnóstico clínico. Estos cambios serán efectivos para los servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7507.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7507, 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/R2257CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2257, CR 7507

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.

Programa de auditoría de recuperación – cambio en emisión de cartas de cobranza

Número de *MLN Matters*: MM7436
Número de petición de cambio relacionado: 7436
Fecha de emisión CR relacionado: 29 de julio de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R192FM
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

A partir del 3 de enero de 2012, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) comenzarán a transferir a los contratistas de procesamiento de reclamaciones, la responsabilidad de emitir las cartas de cobranza de sus auditores a los proveedores. La finalidad de este cambio es evitar cualquier retraso en la emisión de cartas de cobranza.

Cuando un auditor de recuperación encuentra que se han hecho pagos incorrectos, presentará un ajuste de reclamación al contratista de procesamiento

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.

de reclamaciones de Medicare asignado. El contratista creará una cuenta pendiente y emitirá automáticamente una carta de cobranza al proveedor por cualquier sobrepago identificado. Entonces, el contratista seguirá el mismo procedimiento que utiliza para recuperar cualquier otro tipo de sobrepago.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7436.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7436, 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/R192FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 192, CR 7436

Instrucciones de aceptar y procesar códigos de transportación de ambulancia

Número de *MLN Matters*: MM7489
Número de petición de cambio relacionado: 7489
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R942OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Ciertos códigos de procedimiento identifican varios servicios de transportación y servicios relacionados a transportación que son estatutariamente excluidos de cobertura de Medicare y, por lo tanto, no son pagables cuando son facturados a Medicare. Un indicador de estatus de "I" o "X" es asociado con estos códigos en la base de datos del Medicare physician fee schedule.

Efectivo el 1 de enero de 2012, usted será capaz de presentar reclamaciones de no pago (no-pay claims) a Medicare para los servicios de transportación de ambulancia excluidos estatutariamente, para obtener una denegación de Medicare para presentarla al seguro secundario del beneficiario para propósitos de coordinación de beneficios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7489.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7489, 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/R942OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 942, CR 7489

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.

Tratamiento de inmunoterapia celular autóloga del cáncer metastásico a la próstata

Número de *MLN Matters*: MM7488

Número de petición de cambio relacionado: 7488

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2264CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7488, la cual instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar el archivo de precio del precio promedio de venta (ASP) de octubre de 2011 para los medicamentos de Medicare Parte B, si son publicados por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos revisados de julio de 2011, abril de 2011, enero de 2011, y octubre de 2010. Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago para las reclamaciones

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.

de los medicamentos de Medicare Parte B pagables por separado procesados o reprocesados a partir del 1 de octubre de 2011, con las fechas de servicio del 1 de octubre de 2011, hasta el 31 de diciembre de 2011. Los contratistas no buscarán ni ajustarán las reclamaciones que ya han sido procesadas a menos que sean traídas a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7488.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7488, 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/R2264CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2264, CR 7488

HIPAA

Versión 5010 First National Testing Day – resultados disponibles

El equipo de versión 5010 de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, realizó su primer National Testing Day (día nacional de prueba) el 15 de junio de 2011. Durante el National Testing Day, 349 asociados de servicios a tarifa fija de Medicare (FFS), realizaron pruebas utilizando formato de versión 5010 que todas las entidades cubiertas debe comenzar a utilizar a partir del 1 de enero de 2012.

Estos 349 asociados hicieron 974 presentaciones y no se reportó ningún escenario de error significativo. Sesenta y ocho asociados respondieron una encuesta de seguimiento acerca del National Testing Day. De aquellos que respondieron la encuesta, 32 por ciento manifestó estar listos para procesar transacciones de producción de versión 5010. Además, 39 por ciento respondió que estaban capacitados para recibir y procesar un 277CA durante la prueba del National Testing Day.

Los siguientes estándares de mediciones representan las transacciones de producción de 5010:

- Reclamaciones de Parte B procesadas (mayo y junio) – 59,778
- Coordinación de beneficios (COB) reclamaciones Parte B (mayo y junio) – 4,041
- Asociados de reclamaciones Parte B y COB (en junio) – Parte A – 43, Parte B – 84, COB – 24
- Consultas sobre elegibilidad (mayo y junio) – 305,884 consultas

CMS y el programa Medicare FFS han fijado la National 5010 Testing Week (semana nacional de prueba de 5010) para el 22-26 de agosto de 2011. National 5010 Testing Week da a los asociados la oportunidad de probar sus esfuerzos de cumplimiento que están ya en camino, con apoyo en tiempo real de parte de la oficina de ayuda y acceso a contratistas administrativos de Medicare. Para más información acerca de la transición a versión 5010, revise la sección 5010 del sitio Web de CMS.

Manténgase al día acerca de versión 5010 e ICD-10

Para las noticias más reciente y recursos para ayudarlo en su preparación, visite www.cms.gov/ICD10.

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 201108-15

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

La fecha de conformidad de HIPAA 5010 se acerca rápido. Faltan solamente cinco meses hasta la implementación completa el 1 de enero de 2012. Contacte a su contratista administrativo de Medicare (MAC) para probar ahora.

Recordatorios

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

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

[National Testing Day message now available](#)

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

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

Evaluación de preparación

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

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

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

Calendario de implementación

Eventos actuales

Septiembre 2011

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

Próximos eventos

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

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

Noviembre de 2010

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

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

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

Diciembre de 2010

8 de diciembre:

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

Continúa en la página siguiente

HIPAA 5010...(continuación)

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](#)

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

Agosto 2011

24 de agosto: National MAC testing day

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

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 201108-07

Intercambio Electrónico de Datos

Reporte de recobro de sobrepago ERA con el número de control del paciente

Número de *MLN Matters*: MM7499

Número de petición de cambio relacionado: 7499

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R940OTN

Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron el MM7499, el cual instruye a los mantenedores del sistema a reemplazar el número de reclamación de seguro de salud (HIC) siendo enviado en el AS X12 Transacción 835 con el número de control del paciente recibido en la reclamación original, cuando la remesa de pago electrónica (ERA) está reportando el recobro de un sobrepago.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) generan la remesa de pago en conformidad con el

Continúa en la página siguiente

Reporte...(continuación)

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) que incluye suficiente información a los proveedores para que la intervención manual no sea necesaria en una base regular.

CMS ha determinado que el proveer el número de control del paciente como es recibido en la reclamación original, en vez del número de reclamación de seguro de salud (HIC):

- Mejoraría la habilidad del proveedor de automatizar los pagos publicados, y
- Reducirían la necesidad de comunicación adicional (vía llamadas telefónicas, etc.) que reducirá, por consiguiente, los costos a los proveedores, como también a Medicare.

La ERA continuará reportando el número HIC, si el número de control del paciente no está disponible.

Nota: Estas instrucciones aplican a la versión 005010A1 del ASC X12 Transacción 835 solamente y no aplican a la remesa de pago estándar en papel o a la versión 004010A1 de ASC X12 Transacción 835.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7499.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7499, 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/R940OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 940, CR 7499

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

Actualización de pautas del usuario de Medicare Remit Easy y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM7466

Número de petición de cambio relacionado: 7466

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: R926OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Medicare Remit Easy Print y PC Print han sido actualizados para incluir las últimas mejoras hechas como parte de la implementación de versión 5010A para Transacción 835 – Health Care Claim Payment/Advice. Específicamente:

- *MREP User Guide* ha sido actualizada para reflejar los cambios en el software relacionado con HIPAA 5010A1; y
- *PC Print User Guide* ha sido actualizada para reflejar los cambios en el software relacionado con la versión HIPAA 5010A1 para ASC X12 Transacción 835.

Si usted utiliza MREP o PC Print, asegúrese de descargar las guías del usuario actualizadas para versión 835 de 5010A1 cuando estén disponibles.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7466.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7466, 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/R926OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 926, CR 7466

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

Educación

Nuevas FAQ sobre servicios preventivos

Este artículo contiene respuestas a 27 nuevas preguntas frecuentes (FAQ) sobre los servicios preventivos para los proveedores/suplidores de tarifa por servicio (FFS) de Medicare. Las FAQ también han sido publicadas en la página Web de “Medicare Learning Network® (MLN) Products Preventive Services”; para acceder la lista completa de 27 FAQ, busque la sección “Related Links Inside CMS” en http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp y seleccione “Preventive Services FAQs”. Usted también puede encontrar la respuesta a cada FAQ individual a continuación.

Visita anual de bienestar

- ¿Quién puede realizar la visita anual de bienestar (AWV)? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Es AWV el mismo que el examen físico anual del beneficiario? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Son las pruebas clínicas de laboratorio parte del AWV? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Existe un deducible o coseguro/copago para el AWV? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Puede un servicio de evaluación y manejo (E/M) ser facturado en la misma visita del AWV? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Son los “nuevos” códigos de servicios preventivos para la visita anual de bienestar de Medicare incluidos en las medidas aplicables del 2011 Physician Quality Reporting System measures? [Lea la respuesta.](#)



Examinación física preventiva inicial

- ¿Es la examinación física preventiva inicial (IPPE) el mismo procedimiento que el examen físico anual del beneficiario? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Quién puede realizar IPPE? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Son las pruebas clínicas de laboratorio parte del IPPE? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Existe un deducible o coseguro/copago para el IPPE? [Lea la respuesta.](#)
- Si un beneficiario se inscribió en Medicare en el 2010, ¿puede él o ella tener el IPPE en el 2011 si no fue realizado en el 2010? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Puede un servicio de evaluación y manejo (E/M) por separado ser facturado en la misma visita del IPPE? [Lea la respuesta.](#)

Facturación de inmunización de Medicare (virus de influenza de temporada, neumococo, y hepatitis B)

- ¿Aplica el deducible o coseguro de Parte B para las inmunizaciones del adulto cubiertas por Medicare? [Lea la respuesta.](#)
- Si un beneficiario recibe una vacuna contra el virus de influenza de temporada más de una vez en un periodo de 12 meses, ¿pagará Medicare por la misma? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Son los códigos HCPCS Q2035 y Q2039 pagables por Medicare? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Pagará Medicare por la vacunación contra neumococo si un beneficiario no está seguro de su historial de vacunación? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Cubre Medicare la vacuna contra la hepatitis B para todos los beneficiarios de Medicare? [Lea la respuesta.](#)
- Cuando un beneficiario recibe las vacunas contra el virus de influenza de temporada y neumococo en la misma visita, ¿continuaría un proveedor reportando por separado los códigos de administración para cada tipo de vacuna? [Lea la respuesta.](#)

Continúa en la página siguiente

Nuevas...(continuación)

- ¿Pueden las vacunas contra el virus de influenza de temporada, neumococo, y hepatitis B ser facturadas en grupo? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Qué es un inmunizador en masa (mass immunizer)? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Necesitan inscribirse en el programa de Medicare los proveedores que solamente proveen inmunizaciones? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Puede una sola reclamación en grupo ser presentada conteniendo información de vacunas contra el virus de influenza de temporada y neumococo cuando las vacunas son administradas en la misma visita? [Lea la respuesta.](#)
- Los centros de diálisis de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) actualmente facturan las vacunas contra la gripe, neumonía, y hepatitis B. ¿Permanecerán pagables por separado la administración de estas vacunas después del 1 de enero de 2011? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Cómo debe un proveedor que no está inscrito en Medicare facturar por la vacuna contra la gripe? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Cómo debe ser reportada la medida #110 (Detección y cuidados preventivos: inmunización contra la influenza para pacientes ≥ 50 años de edad) de inmunización de influenza Physician Quality Reporting Initiative para pacientes atendidos fuera de la temporada de la gripe (septiembre a febrero)? ¿Qué sucede si la inmunización fue administrada por otro proveedor? [Lea la respuesta.](#)

Examen de detección del cáncer colorrectal

- ¿Aplica el deducible de Medicare y estándar de coseguro para los servicios del examen de detección del cáncer colorrectal bajo el sistema de pago revisado de centro de cirugía ambulatoria (ASC)? [Lea la respuesta.](#)

Consejería para dejar de fumar

- ¿Cuáles son los dos códigos *Current Procedural Terminology (CPT)* para los servicios de consejería para dejar el uso del tabaco y cigarrillo que reemplazan los códigos provisionales Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G (G0375 y G0376) previamente utilizados para facturar estos servicios? [Lea la respuesta.](#)

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 201108-25

Nuevos podcasts de ICD-10 de CMS disponibles de cuatro populares teleconferencias nacionales del proveedor

¿Limitado de tiempo? Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han creado podcasts de cuatro populares teleconferencias nacionales del proveedor sobre ICD-10. Estos podcasts son perfectos para el uso en la oficina, mientras viaja en su automóvil, o en su reproductor multimedia portátil o "smart phone". Escuche todos los podcasts de una llamada o solamente los que se ajustan a sus necesidades.

- "CMS ICD-10 Conversion Activities" – miércoles, 18 de mayo de 2011
- "Preparing for ICD-10 Implementation in 2011" – miércoles, 12 de enero de 2011
- "Basic Introduction to ICD-10-CM" – martes, 23 de marzo de 2010
- "ICD-10-CM/PCS Implementation and General Equivalence Mappings (Crosswalks)" – martes, 19 de mayo de 2009

Para acceder estos podcasts, seleccione los enlaces arriba o visite la página Web de teleconferencias ICD-10 auspiciadas por CMS en <http://www.CMS.gov/ICD10/Tel10/list.asp>; seleccione una fecha para la llamada de la lista previa de llamadas nacionales del proveedor para acceder los materiales relacionados a la presentación, grabaciones de audio, y transcripciones escritas.

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 201108-22

Agosto es el mes nacional de la inmunización

Esta conmemoración nacional de la salud presenta una gran oportunidad de educar a la gente mayor y otras personas con Medicare, sobre la importancia del control y prevención de enfermedades por medio de la inmunización. Los niveles de enfermedades que pueden evitarse por medio de la vacuna está a, o cerca de su nivel más bajo, sin embargo muchos adultos permanecen sub-inmunizados, perdiendo oportunidades de protegerse contra enfermedades tales como hepatitis B, influenza estacional y enfermedades causadas por neumococo.

¿Qué puede hacer usted?

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) piden a los proveedores de cuidados de la salud que atienden personas mayores y otras con Medicare, integrarse al National Immunization Awareness Month para ayudar a proteger a los pacientes de Medicare contra enfermedades que pueden evitarse por medio de la vacuna. Esto puede hacerse asegurando que las inmunizaciones se mantengan al día, educándolo acerca de los factores de riesgo y animándolos a utilizar las inmunizaciones apropiadas cubiertas por Medicare.

(Tenga en cuenta que si usted hace visitas anuales de bienestar a sus pacientes elegibles de Medicare, debe asegurarse de que un calendario escrito de exámenes para inmunizaciones está reflejado en el plan de servicios preventivos personalizados).

Beneficios de inmunización de Medicare Parte B

Medicare da cobertura por vacunas contra influenza estacional, neumococo y hepatitis B y su administración para beneficiarios calificados para inmunizaciones preventivas. Son pagados por Medicare Parte B los proveedores que aceptan el monto de pago aprobado por Medicare por los servicios siguientes:

- Inmunización contra influenza estacional -- Medicare paga por la vacuna contra influenza estacional y su administración a todas las personas con Medicare, una vez por cada estación de influenza. Si es médicamente necesario, Medicare podría cubrir más vacunaciones contra influenza. Para las recomendaciones y alertas más recientes de resfrío estacional 2011-2012, usted puede visitar [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\) website](#).
- Inmunización contra neumococo -- Medicare paga por la vacuna contra neumococo y su administración a todos sus beneficiarios, generalmente una vez en la vida. Medicare podría cubrir más vacunaciones en base al riesgo.
- Inmunización contra hepatitis B -- Medicare paga por la vacuna contra hepatitis B y su administración a los beneficiarios con riesgo alto o mediano de contraer hepatitis B.

Para más información:

- [The CMS Guide to Medicare Preventive Services](#)
- [Medicare Immunizations Billing Quick Reference Chart](#)
- [CMS Adult Immunizations Brochure](#)
- [CMS Adult Immunizations Web page](#)
- [CMS Medicare Learning Network® \(MLN\) Preventive Services Educational Products Web page](#) – Este sitio permite acceder recursos educativos MLN desarrollados por CMS para proveedores y suplidores a tarifa fija, en relación con servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo inmunizaciones con cobertura de Parte B
- [The CDC Vaccines and Immunizations Web page](#)
- [National Immunization Awareness Month 2011 Toolkit](#)
- Annual Wellness Visit Brochure -- Folleto para profesionales del cuidado de la salud.
- [The ABCs of Providing the Annual Wellness Visit Quick Reference Chart](#)

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 201108-11

Nuevo ‘Fast Fact’ en la página Web *MLN*[®] de conformidad del proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado un nuevo “Fast Fact” en la [página Web de conformidad del proveedor](#) en el *Medicare Learning Network*[®] (*MLN*). Esta página presenta materiales educativos al proveedor de tarifa por servicio (FFS) de Medicare para ayudarle a entender – y evitar-- errores comunes de facturación y otras actividades impropias identificadas a través de los programas de revisión de reclamaciones. Usted puede revisar consejos rápidos sobre asuntos relevantes de conformidad del proveedor y acciones correctivas. Marque esta página en su bookmark y revísela con frecuencia puesto que un nuevo “Fast Fact” es añadido cada mes.

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 201108-12

Panfleto *Introduction to the Medicare Program* disponible en formato impreso

El panfleto *Medicare Learning Network’s (MLN’s) Introduction to the Medicare Program* está disponible en formato impreso. Este folleto ha sido diseñado para educar acerca del programa Medicare e informa acerca de las cuatro partes del programa Medicare, otros planes de seguro de salud y organizaciones de interés para proveedores y beneficiarios. Para ordenarlo, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, vaya a “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 201108-12

Quarterly Provider Compliance Newsletter de Medicare está disponible

La edición de Julio de 2011 de *Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter* está disponible en formato descargable en *Medicare Learning Network*[®] (*MLN*) en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyComp_Newsletter_ICN903687.pdf. Esta herramienta educativa es emitida trimestralmente y está diseñada para educar acerca de la manera de evitar errores de facturación y otras actividades equivocadas cuando se trata con el programa de Medicare. En esta edición, son presentados varios hallazgos de auditoría que afectan a los hospitales de pacientes internos y suplidores de equipo médico durable, prótesis, ortóticos y repuestos y partes (DMEPOS). Para descargar, imprimir y buscar newsletters de trimestres anteriores, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyCompNL_Archive.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201108-12

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.

Actualización *Medicare Learning Network*[®]

Actualizado el catálogo de productos del Medicare Learning Network

El *Medicare Learning Network*[®] Catalog of Products ha sido actualizado y está disponible como un documento gratuito e interactivo para descargar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MLNCatalog.pdf>. El catálogo lista todos los productos del MLN disponibles a la comunidad del proveedor de tarifa por servicio (FFS) de Medicare. En el catálogo, haga clic en el título del producto para ir directamente a una copia descargable o, si el producto está disponible en formato impreso, haga clic en “Hard Copy” próximo a “Formats Available”, para ir a la página MLN Product Ordering Page.

Calendario del programa de exhibición del proveedor de MLN

El *Medicare Learning Network*[®] (MLN) *Provider Exhibit Program* es un recurso educacional y de mercadeo dentro de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). La misión del MLN Provider Exhibit Program es de alcanzar a la comunidad del proveedor de tarifa por servicio (FFS) de Medicare al proveer una presencia formal y consistente de CMS en reuniones de asociaciones del proveedor nacionales y regionales y conferencias para promover el alerta y uso de los productos del MLN.

El MLN se estará exhibiendo en las siguientes conferencias del cuidado de la salud del proveedor en las próximas semanas:

Healthcare Billing & Management Association – 2011 Annual Fall Conference

miércoles, 14 de septiembre hasta el viernes, 16 de septiembre

Bellagio Hotel – Las Vegas, NV

Puesto #217

American Academy of Family Physicians Scientific Assembly

miércoles, 14 de septiembre hasta el sábado, 17 de septiembre

Orange County Convention Center – Orlando, FL

Puesto #249

Anote estas fechas y localizaciones y añádalas a su calendario. Si usted está interesado en tener una exhibición de MLN en su evento, contacte a CMS en MLNexhibits@cms.hhs.gov.

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 201108-26

Información General

Quiroprácticos no elegibles para ordenar y referir

En anuncios recientes y materiales, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) incorrectamente incluyeron a los quiroprácticos en la lista de médicos y tipos de practicantes que pueden ordenar y referir artículos o servicios a los beneficiarios de Medicare. De acuerdo con la Sección 1877(a)(1) y (5)(A), y la Sección 1861(r)(5) del Social Security Act, y 42 CFR 410.21(b)(1) y (2), los doctores de medicina quiropráctica no son elegibles para ordenar y referir. La cobertura de Medicare extiende solamente al tratamiento por medios de manipulación manual de la espina para corregir una subluxación; el resto de los servicios prestados u ordenados por los quiroprácticos no están cubiertos.

CMS está en el proceso de revisar los documentos (incluyendo las peticiones de cambio) para reflejar esta corrección.

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 201108-34

Diferencias de programas de incentivo EHR entre Medicare y Medicaid

Con excepción de hospitales de doble elección, los proveedores pueden participar cada año, solamente en uno de los programas Medicare and Medicaid Electronic Health Records (EHR) Incentive Programs (Medicare o Medicaid). Para ayudarle a determinar el programa EHR más apropiado para usted, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) señalan diferencias clave entre los programas de incentivo Electronic Health Records (EHR) de Medicare y Medicaid.

¿Quién es elegible?

Para el programa de incentivo EHR de Medicare, los elegibles como participantes son:

- Doctor en medicina u osteópata
- Doctor en cirugía o medicina dental
- Doctor en podiatría
- Doctor en optometría
- Quiropráctico
- “Subsection (d) hospitals” en los 50 estados o en el Distrito de Columbia (D.C.) que son pagados bajo el sistema de pagos prospectivos de paciente hospitalizado (IPPS)
- Hospital de urgencia (CAH)
- Hospital de Medicare advantage (afiliados a MA)

Para el programa de incentivo EHR de Medicaid EHR, los elegibles como participantes son:

- Médico (doctor de cuidados primarios y doctor en osteopatía)
- Enfermera practicante
- Enfermera obstetra certificada
- Dentista
- Médico asistente que presta servicios en un centro federal de salud calificado o en una clínica de salud rural conducida por el médico asistente
- Hospital de cuidados intensivos (incluyendo CAH y hospital de cáncer) con por lo menos un 10 por ciento de pacientes de Medicaid
- Hospital de niños (no hay requisito de pacientes de Medicaid)

Hospital de doble elección

Será doblemente elegible para los programas de incentivo EHR tanto de Medicare como de Medicaid si representa un hospital que cumple con todos los requisitos siguientes:

Ser un hospital subsección (d) en uno de los 50 estados o en D.C., o ser un CAH

Tener un número de certificación CMS terminado en 0001-0879 o 1300-1399

Tener el 10 por ciento de los pacientes derivados de atenciones de Medicaid

Instamos a todos los participantes potenciales a revisar [CMS's comparison chart](#) para aprender más acerca de las diferencias entre los dos programas de incentivo EHR y a utilizar [eligibility wizard application](#) (i.e., [EHR EP Decision Tool](#)) para determinar el programa para el que podrían ser elegibles.

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

Visite [CMS EHR Incentive Programs website](#) para las noticias y actualizaciones más recientes acerca de los programas de incentivo EHR; también ponga su nombre en [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 201108-09

Revalidación de información de inscripción del proveedor

Número de *MLN Matters*: SE1126
 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

Todos los proveedores y suplidores que se inscribieron en Medicare antes del 25 de marzo de 2011, deben revalidar su información de inscripción. Sin embargo, los proveedores afectados deben esperar para presentar la información de revalidación hasta que sean notificados por su contratista administrativo de Medicare (MAC).

Proveedores y suplidores inscritos recientemente que presentaron su solicitud de inscripción a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) el 25 de marzo de 2011 o en fecha posterior, no están afectados. A partir de hoy y hasta el 23 de marzo de 2013 MAC enviara notificaciones de manera regular a los proveedores afectados dentro de su jurisdicción para comenzar el proceso de revalidación. Proveedores y suplidores deben esperar, para

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.

presentar su revalidación, solamente hasta que su MAC les solicite hacerlo.

En el momento en que su MAC le solicite revalidar:

- Actualice su inscripción por medio de Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) o complete el formulario CMS-855 correspondiente
- Firme la declaración de certificación en la solicitud
- Pague lo que corresponda por medio de pay.gov
- Envíe por correo a su MAC los documentos de respaldo

Puntos sobresalientes

- Los requisitos de acreditación deben ser cumplidos por todos los suplidores de TC que facturan a Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1126.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1126

Enseñanza de desarrollo acelerado ACO – inscripción abierta para la segunda sesión

15 y 16 de septiembre de 2011
San Francisco, CA

El *Center for Medicare and Medicaid Innovation* (Centro de Innovación de Medicare y Medicaid) está ofreciendo gratuitamente *accelerated development learning sessions* (sesiones de enseñanza de desarrollo acelerado) a los proveedores interesados en aprender más acerca de cómo coordinar el cuidado de los pacientes a través de “accountable care organizations” (ACO). La segunda de cuatro sesiones de enseñanza de desarrollo acelerado de 2011, será en San Francisco, CA el jueves 15 y viernes 16 de septiembre. La inscripción es gratuita y está abierta para equipos de dos a cuatro líderes de alto rango, pertenecientes a organizaciones de cuidados de la salud interesadas en formar un ACO o de un ACO ya existente.

Las sesiones de enseñanza de desarrollo acelerado están diseñadas para enseñar a los proveedores interesados en ser ACO, los pasos que deben dar para mejorar los cuidados que prestan y la manera de desarrollar un plan de acción para avanzar a la prestación de cuidados de la salud mejor coordinados. El contenido de cada sesión de enseñanza de ACO, es repetitiva y no forma parte de series consecutivas.

Para más información, registrarse o ver las sesiones plenarias de la primera sesión de enseñanza, visite <http://ACOREgister.rti.org>. Para más información, visite nuestra [Frequently Asked Questions 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 201108-37

Seguridad del paciente hospitalizado – nueva información mejorarla

Número de *MLN Matters*: SE1114
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 6 de mayo de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: 6 de mayo de 2011

Resumen

Este artículo de edición especial informa a los proveedores que pueden revisar y comparar los datos sobre las condiciones adquiridas de hospital (HAC) con sus pacientes de Medicare. Los HAC son condiciones serias que ocurren con frecuencia en procedimientos impropios durante la atención del paciente.

Los datos independientes del Instituto de Medicina muestran que tantos como 98,000 personas mueren en los hospitales cada año por errores médicos que pudieron haber sido prevenidos a través de una atención adecuada. Aunque no cada HAC representa un error médico, los índices HAC proveen claves importantes sobre el estado de la seguridad del paciente en los hospitales de América.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1114.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* SE1114

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

Inscripción de proveedores de Medicare – deben comenzar a revalidar la inscripción para marzo de 2013

Todos los proveedores y suplidores que se inscribieron en el programa de Medicare antes del viernes, 25 de marzo de 2011, tendrán que revalidar su inscripción bajo nuevos criterios de detección de riesgo exigidos por el Affordable Care Act (Sección 6401a). (Los proveedores/suplidores que se inscribieron a partir del viernes, 25 de marzo de 2011, ya han sido sujetos a esta detección, y no necesitan revalidar por ahora.)

En el esfuerzo continuo para reducir fraude, desperdicio, y abuso, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementaron nuevos criterios de detección al proceso de inscripción del proveedor/suplidor de Medicare comenzando en marzo de 2011. Los proveedores y suplidores inscritos por primera vez y que revalidan son colocados en una de tres categorías de detección – limitado, moderado, o alto – cada uno representando el nivel de riesgo al programa de Medicare para la categoría particular de proveedor/suplidor, y determinar el grado de detección a ser realizado por el contratista administrativo de Medicare (MAC) que procesa la aplicación de inscripción.

Entre ahora y marzo de 2013, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) estarán enviando notificaciones individuales a los proveedores/suplidores; favor de comenzar el proceso de revalidación tan pronto como se lo indique su MAC. Al recibir la solicitud de revalidación, los proveedores y suplidores tienen 60 días desde la fecha de la carta para presentar los formularios de inscripción completos. El no presentar los formularios de inscripción como es solicitado puede resultar en la desactivación de sus privilegios de facturación a Medicare. La manera más fácil y rápida de revalidar su información de inscripción es utilizando Internet-based Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS), en <https://pecos.cms.hhs.gov/>

La Sección 6401a del Affordable Care Act exige a los proveedores institucionales y suplidores pagar una tarifa de aplicación cuando se inscriben o revalidan (“proveedor institucional” incluye cualquier proveedor o suplidor que presenta una aplicación de inscripción en papel a Medicare utilizando el CMS-855A; CMS-855B, sin incluir las organizaciones del médico y del profesional de la salud; CMS-855S; o las aplicaciones de inscripción asociadas a PECOS basado en Internet); estas tarifas pueden ser pagadas vía <http://www.pay.gov/>.

Para reducir la carga del proveedor, CMS está trabajando para desarrollar tecnologías innovadoras y agilizar los procesos de inscripción – incluyendo *PECOS basado en Internet*. Las actualizaciones continuarán siendo compartidas con la comunidad del proveedor mientras progresan estos esfuerzos.

Para más información sobre la revalidación del proveedor, revise el [artículo de edición especial #SE1126](#) del *Medicare Learning Network* titulado “Further Details on the Revalidation of Provider Enrollment Information”.

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 201108-19

Programa de incentivo eRx Medicare 2010 – actualización de pago

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que los pagos de incentivos para el programa de incentivo de prescripción médica electrónica (eRx) ha comenzado para los profesionales elegibles que cumplieron los criterios de reporte satisfactorio. La distribución de los pagos de incentivo eRx de Medicare 2010 está programada a ser completada para el 31 de agosto de 2011.

Efectivo en enero de 2010, CMS revisó la manera en la cual la información de pago de incentivo es comunicada a los profesionales elegibles que reciben notificaciones de remesa de pago electrónica. CMS ha instruido a los contratistas de Medicare a utilizar un nuevo indicador de “LE” para indicar los pagos de incentivo en vez de “LS”. LE aparecerá en la remesa electrónica. En un esfuerzo de clarificar el tipo de incentivo emitido (ya sea el physician quality reporting system o el incentivo eRx), CMS creó un código de 4 dígitos para indicar el tipo de incentivo y año de reporte. Para los pagos de incentivo eRx 2010, el código de 4 dígitos es “RX10”. Este código será mostrado en la remesa de pago electrónica junto con el indicador LE. Por ejemplo, los profesionales elegibles verán LE para indicar un pago de incentivo, junto con RX10 para identificar ese pago como el pago de incentivo eRx 2010. Adicionalmente, la remesa de pago en papel leerá, “This is an eRx incentive payment” (Esto es un pago de incentivo eRx). El año no será incluido en la remesa en papel.

¿A quién contactar para preguntas?

Si usted tiene preguntas sobre el estatus de su pago de incentivo eRx (durante el marco de tiempo de la distribución), contacte a su centro de contacto del proveedor. El directorio del centro de contacto está disponible en <http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip>

El servicio de asistencia QualityNet está disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m. – 7:00 p.m. CST al 866-288-8912 o vía qnetsupport@sdps.org. El servicio de ayuda también puede ayudar con preguntas del programa y medida específica.

El siguiente recurso de CMS está disponible para ayudar a los profesionales elegibles a entender los Pagos de Incentivo eRx 2010; vea

[A Guide for Understanding the 2010 eRx Incentive Payment \[PDF 57 KB\]](#)

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 201108-17

Terapia física a pacientes ambulatorios – reporte de facturación comparativo de servicios con modificador KX

El martes 2 de agosto de 2011, CMS publicó un reporte de facturación comparativo (CBR) centrado en proveedores de terapia física independientes que ejercen su práctica en instalaciones de pacientes ambulatorios y facturan a Medicare con modificador KX. El CBR es similar al estudio original distribuido durante el último verano excepto que el estudio actual se enfoca en datos de facturación de 2010 y ha sido enviado a 5000 diferentes proveedores adicionales.

CBR son preparados por Safeguard Services bajo contrato con CMS y contienen tablas de datos reales y gráficos con una explicación de los hallazgos que comparan la rutina de pago y facturación de un proveedor con las de sus colegas localizados en el mismo estado y a través de toda la nación. CMS ha recibido opiniones y comentarios de algunos usuarios en sentido que este tipo de datos les resulta de mucha utilidad y nos anima a producir más CBR.

Estos reportes no están disponibles para nadie más que los proveedores que los reciben. Para asegurar privacidad, CMS presenta solamente información primaria y resumida, no se incluye datos de casos o pacientes específicos. Estos reportes son un ejemplo de herramienta que ayuda a los proveedores a cumplir con las reglas de facturación de Medicare y mejora el nivel de cuidados que ellos prestan a sus pacientes de Medicare.

Para más información y para revisar un ejemplo de CBR de servicios de terapia física de paciente ambulatorio, visite el sitio Web de CBR Services en <http://www.cbrservices.com/> o llame a SafeGuard Services’ Provider Help Desk, CBR Support Team 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 201108-10

Tecnología certificada EHR y sus programas de incentivo

Los profesionales elegibles (EP) y los hospitales elegibles participantes en los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid son requeridos que utilicen tecnología EHR certificada para recibir pagos de incentivo. Para obtener un pago de incentivo, usted debe utilizar un EHR que está certificado específicamente para los programas de incentivo EHR. Los EHR certificados o calificados para otros programas de incentivo de Medicare o Medicaid no pueden ser certificados para este programa.

Para calificar como tecnología EHR certificada para los programas de incentivo EHR, un EHR necesita ser probado por uno de los "Office of the National Coordinator for Health Information Technology-Authorized Testing and Certification Bodies" (conocidos como ONC-ATCB). Si una tecnología EHR ha sido certificada por un ONC-ATCB, indica a los EP y los hospitales elegibles que tiene las capacidades necesarias para sustentar sus esfuerzos para cumplir las metas de uso significativo y objetivos.

Tenga en cuenta que usted no necesita tener de antemano tecnología EHR certificada en uso cuando se inscribe para los programas de incentivos EHR. Sin embargo, usted necesita haber usado significativamente su tecnología EHR certificada para recibir su primer año de pago de incentivo de Medicare. Bajo el programa de incentivo EHR de Medicaid, usted necesita al menos haber adoptado (i.e., comprado o adquirido) tecnología EHR certificada para recibir su primer año de pago de incentivo.

Para más detalles sobre tecnología EHR certificada, visite la [sección EHR](#) del sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Para una lista de tecnologías EHR certificadas, visite [ONC's Certified Health IT Product List](#).

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR? Visite el [sitio Web de programas de incentivos EHR de CMS](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones de los programas de incentivo EHR; también inscribese 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 201108-21

Revalidación de inscripción del proveedor – espere escuchar de su MAC

Todos los proveedores y suplidores que se inscribieron en el programa de Medicare antes del viernes, 25 de marzo de 2011, tendrán que presentar su información de inscripción para que puedan ser revalidados bajo los nuevos criterios de evaluación de riesgo exigidos por el Affordable Care Act (Sección 6401a). Los proveedores y suplidores que se inscribieron a partir del viernes, 25 de marzo de 2011, ya han sido sujetos a esta evaluación, y no tienen que revalidar por el momento.

No presente su revalidación hasta que sea notificado de hacerlo por su contratista administrativo de Medicare (MAC). Usted recibirá una notificación para revalidar entre ahora y marzo de 2013.

Esto permitirá a los MAC procesar revalidaciones en una forma más oportuna y permitir a los proveedores aprovechar tecnologías innovadoras y agilizar los procesos de inscripción ahora bajo desarrollo. Las actualizaciones serán compartidas con la comunidad del proveedor mientras progresan los esfuerzos.

Para más información sobre la revalidación del proveedor, revise el [artículo de edición especial #SE1126](#) del *Medicare Learning Network*, titulado "Further Details on the Revalidation of Provider Enrollment Information".

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 201108-38

Títulos de código FY 2012 ICD-9-CM disponibles

Los títulos de código del año fiscal completo y abreviado (FY) 2012 ICD-9-CM efectivo el sábado, 1 de octubre de 2011, (versión 29), están ahora disponibles en los formatos de Microsoft Excel y texto http://www.cms.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/06_codes.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 201108-06

Actualización anual de pago de bonos 2012 de escasez en el área profesional de la salud

Número de *MLN Matters*: MM7517

Número de petición de cambio relacionado: 7517

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2274CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

El Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) of 2003 (Sección 413[b]) ordenó que los archivos de pago de bonos automatizados de la escasez en el área profesional de la salud (HPSA) sean actualizados anualmente. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) crearán un nuevo archivo de pago de bonos HPSA para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2012, y publicarlo en su sitio Web a principios de diciembre.

Usted puede encontrar el archivo de pago de bonos HPSA anual (cuando esté disponible) y otra información importante HPSA en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>.

Usted debe revisar también el sitio Web de CMS para determinar si usted necesita añadir el modificador AQ a su reclamación para recibir el pago de bonos, o para ver si el código de área ZIP en el cual usted presentó servicio recibirá automáticamente el pago de bonos HPSA. Usted puede determinar si es elegible para el pago automatizado al ir a <http://www.cms.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/Downloads/instructions.pdf> y seguir las instrucciones en la página.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7517.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7517, 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/R2274CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2274, CR 7517

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



Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Septiembre - octubre 2011

Medifest Jacksonville 2011

Cuando: 13 - 15 de septiembre
 Hora: 8:00 a.m.-5:00 p.m. ET
 Tipo: Cara a cara
Idioma en que se ofrece el evento: inglés y español
Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

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

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

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

Cuando: 12 de octubre
 Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
 Tipo: webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

ACT bimestral de Medicare Parte A: Datos de Medicare e iniciativas CMS

Cuando: 18 de octubre
 Hora: 2:00-3:30 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

ACT bimestral de Medicare Parte B: Datos de Medicare e iniciativas CMS

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

Medifestival Ponce 2011

Cuando: 19 -20 de octubre
 Hora: 7:30 a.m.-5:00 p.m. ET
 Tipo: Cara a cara
Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

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

Cobertura y Reembolso

Editor de códigos ambulatorios a julio 2011

Actualización de especificaciones de códigos ambulatorios integrados

Nota: El artículo MM7439 de MLN Matters fue publicado anteriormente en junio de 2011, en Medicare A y B Al Día (página 38).

Número de *MLN Matters*: MM7439

Número de petición de cambio relacionado: 7439

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2224CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7439, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en

<http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2224CP.pdf>.

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

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

Modificación médica improbable ‘51MUE’ – se hicieron ajustes a las reclamaciones procesadas

El 7 de junio de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementaron una corrección/ajuste a la petición de cambio (CR) 6820 – “Quarterly Update to Medically Unlikely Edits (MUEs), Version 4.1, Effective April 1, 2010” – bajo la recurrente CR R21028R1. Esta corrección causó records de reclamación pagada a ser construida incorrectamente cuando una reclamación tiene un “51MUE” en el campo de denegación del código de denegación en la línea de una reclamación. Adicionalmente, las remesas y los sistemas “provider statistical reimbursement” (PS&R) tenían datos incorrectos en los campos no cubiertos de estas reclamaciones.

Una corrección a ese ajuste ha sido instalada bajo el CR FS6189, efectivo el 6 de junio de 2011; los intermediarios fiscales (FI) y los MAC A/B fueron instruidos para crear y procesar ajustes en masa después de que el CR fue instalado. Para que sea presentado para reprocesamiento, las reclamaciones deben cumplir con el siguiente criterio:

- Fecha de recibo entre el 7 de junio de 2010, y el 5 de junio de 2011
- Tipo de factura igual a 13x, 14x, o 85x
- Línea de código de denegación 51MUE

Los FI y los MAC A/B tenían hasta el cierre de operaciones el viernes, 29 de julio de 2011, para completar los ajustes de procesamiento.

Fuente: CMS PERL 201108-30

Centros de servicios paliativos de Medicare incrementan los pagos FY 2012 – cambios finales al índice de salario

Regla final se enfoca en mejorar el acceso del paciente, calidad de la atención médica

Los centros de servicios paliativos que sirven a las personas con Medicare verán un incremento de 2.5 por ciento en sus pagos de Medicare para el año fiscal (FY) 2012, de acuerdo a una regulación final publicada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Los centros de servicios paliativos también deben comenzar a reportar sobre la calidad del cuidado recibido por los pacientes de Medicare, como resultado de esta regulación final.

Los pagos estimados para los centros de servicios paliativos son el resultado neto de un 3.0 por ciento de incremento en la “bolsa del mercado de hospital”, un indicador de incrementos del precio relacionado de industria, compensado por un estimado de 0.5 por ciento de disminución en los pagos a los centros de servicios paliativos debido a los datos actualizados del índice de salario y el tercer año de eliminación en siete años de un índice de salario del factor de ajuste de neutralidad del presupuesto (budget neutrality adjustment factor, BNAF).

En esta regla final, CMS:

- Cambiará la forma en que cuenta los pacientes de los centros de servicios paliativos para el año del límite de contabilidad de 2012 en adelante. La política final para contar el número de los beneficiarios de los centros de servicios paliativos de Medicare en la atención médica para un límite de año dado calcula el límite basado en el número de días del cuidado del paciente recibido en ese límite de año para cada centro de servicios paliativos. Esta regla también finalizó que el nuevo método de contabilizar sea aplicado a límites de años pasados en ciertas instancias.
- Permitirá a los proveedores de centros de servicios paliativos que no desean un cambio en su método de contabilización del paciente para optar por continuar utilizando el método actual.
- Permitirá a cualquier médico de centros de servicios paliativos realizar el encuentro cara a cara sin importar si el mismo médico recertifica la enfermedad terminal del paciente y compone la narrativa de recertificación.
- Implementará un programa de reporte de calidad de centros de servicios paliativos, los cuales incluyen un marco de tiempo para reportar, como es exigido por la Sección 3004 del Affordable Care Act. Las medidas que están siendo adoptadas en esta regla final para el programa FY 2014 son una medida endorsada por la National Quality Forum relacionada al manejo del dolor y una medida estructural que evalúa si un centro de servicios paliativos administra un programa Quality Assessment and Performance Improvement (QAPI) que contiene al menos tres indicadores relacionados a la atención médica del paciente.

Cuando sea finalizado, se le exigirá a los centros de servicios paliativos recopilar datos de calidad en octubre de 2012, y presentar los datos en 2013; los centros de servicios paliativos también pueden comenzar voluntariamente a recopilar los datos sobre la medida QAPI en octubre de 2011 para radicación en el 2012. Los centros de servicios paliativos que no reporten los datos de calidad en el 2013 tendrán su actualización de la bolsa del mercado reducida a dos (2) puntos porcentuales en FY 2014.

La información sobre el pago final del índice de salario de los centros de servicios paliativos y los cambios de política y otras noticias del cuidado de la salud pueden encontrarse en un nuevo portal Web www.healthcare.gov, hecho disponible por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

El texto completo del Notice of Proposed Rulemaking puede encontrarse bajo “Special Filings” en http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-19719_PI.pdf o <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx>.

Para leer el comunicado de prensa completo de CMS emitido el 29 de julio, vaya a <https://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4031>.

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 201107-53

Tasas de pago de servicios paliativos actualizadas, tope, índice de honorarios y Pricer para FY 2012

Número de *MLN Matters*: MM7518
 Número de petición de cambio relacionado: 7518
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de julio de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2260CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido la orden de cambio (CR) 7518, que provee la actualización anual de las tasas de pago de servicios paliativos para el año fiscal (FY) 2012, el tope agregado de servicios paliativos para el tope correspondiente al período que finaliza el 31 de octubre de 2011 y el índice de tarifas y Pricer para FY 2012.

- Tasas de pago FY 2012 – incrementadas en 3.0 puntos porcentuales desde FY 2011
- Tope por servicios paliativos – la cantidad tope del año finalizado el 31 de octubre de 2011 es de \$24,527.69
- Índice de tarifas de servicios paliativos – La regla final del índice de tarifas de servicios paliativos FY 2012 entrará en vigencia a partir del 1 de octubre de 2011 y será publicada antes de esa fecha en el *Federal Register*

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7518.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7518, 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/R2260CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2260, CR 7518

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

Archivos del proveedor de julio de 2011 corregidos

Los archivos trimestrales de julio de 2011 específicos del proveedor (PSF), que incluyen archivos de datos en formato SAS y formato de texto, han sido corregidos y están ahora disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

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

Ha sido agregada una nueva versión de archivos de texto con información de nombre y dirección al final del registro. Si usted utiliza archivos PSF de texto o archivos de datos SAS, vaya a la página correspondiente indicada más arriba y descargue la versión más reciente de los archivos.

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 201107-57

Hoja informativa *Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System* disponible en formato impreso

La hoja informativa *Medicare Learning Network's*® (MLN's) *Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System* está disponible en formato impreso. Esta hoja informativa está diseñada para educar acerca del sistema de pagos prospectivos de hospitales psiquiátricos (IPF PPS) e incluye información de antecedentes, requisitos de cobertura, la manera en que se establecen las tasas de pago y la actualización de la tasa de IPF PPS de 2012. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, vaya a "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 201108-12

ESRD

Actualización trimestral del PPS de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM7476

Número de petición de cambio relacionado: 7476

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

Fechas de efectividad: ICD-9 Updates: 1 de octubre de 2011. DME Updates: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2255CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo, basado en orden de cambio (CR) 7476, notifica a establecimientos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) y suplidores de equipos médicos durables, prostéticos, ortóticos y repuestos y partes (DMEPOS) acerca de las correcciones siguientes a anexos 4 y 5 efectuadas en [CR 7064](#) :

- Elimina de anexo 4, los códigos de equipos y repuestos que no son pagados por separado a suplidores DMEPOS, y
- Agrega estos códigos eliminados a anexo 5.

Artículos y servicios sujetos a requisitos de facturación consolidada (PPS) del sistema de pagos prospectivos ESRD, se encuentran en http://www.cms.gov/ESRDPayment/50_Consolidated_Billing.asp#TopOfPage.

También fue actualizado Anexo 8, que es la lista de códigos ICD-9-CM elegibles para el ajuste de pago de comorbilidad de ESRD PPS. La lista de códigos ICD-9-CM elegibles para ajuste de pago de comorbilidad a partir del 1 de enero de 2011 y la lista de códigos ICD-9-CM elegibles para ajuste de pago de comorbilidad a partir del 1 de octubre de 2011, están disponibles en http://www.cms.gov/ESRDPayment/40_Comorbidity_Conditions.asp#TopOfPage.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7476.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7476, 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/R2255CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2255, CR 7476

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.

Programa de mejoramiento de calidad ESRD de CMS ligará el pago con el desempeño

Número de *MLN Matters*: MM7460
 Número de petición de cambio relacionado: 7460
 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: R2262CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) (Sección 153c) exige a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) implementar un programa de incentivo de calidad (QIP) para la atención de enfermedad renal en su estado terminal (ESRD) a partir del 1 de enero de 2012. Este programa dará por resultado una reducción al pago de proveedores de servicios e instalaciones de diálisis que no cumplan o sobrepasen una puntuación de estándares de desempeño establecidas para ciertas mediciones específicas.

ESRD QIP es el primer programa de Medicare que enlazará los pagos al desempeño basado en resultados evaluados a través de mediciones específicas de calidad. Estas mediciones están definidas en la regla final así como en el reporte anual de establecimientos de diálisis (DFR) que reciben los proveedores.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7460.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7460, 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/R2262CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2262, CR 7460

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.

Corrección de fecha de la primera diálisis en reclamaciones de establecimientos de diálisis renal

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) informan a los establecimientos de diálisis renal, acerca de un problema que podría haber afectado algunas reclamaciones por beneficiarios con un inicio de diálisis reciente. La primera fecha de diálisis archivada en el archivo de trabajo común (CWF) que se utiliza para determinar si la sesión de diálisis facturada en una reclamación de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) recibirá un ajuste de diálisis de inicio como paciente nuevo. El problema ha estado afectando a beneficiarios que tenían derecho a una fecha de Medicare antes del 1 de septiembre de 2010. En los casos en que el beneficiario tenía derecho a una fecha de Medicare antes del 1 de septiembre de 2010 y una fecha nueva de inicio de diálisis a partir del 1 de septiembre de 2010 la fecha de inicio de diálisis fue puesta como el día primero del mes. Por ejemplo, si un beneficiario tenía derecho a Medicare el 1 de julio de 2010 y una fecha de inicio de diálisis partir del 7 de noviembre de 2010, la fecha de la primera diálisis que figura en CWF sería 1 de noviembre de 2010.

Este problema ha dado como resultado que algunos proveedores no reciban los 120 días de inicio de ajuste de diálisis de pacientes que cumplen con este criterio. El problema ha sido corregido el 11 de julio de 2011. Los proveedores pueden ajustar sus reclamaciones dentro del plazo de presentación, con la finalidad de recibir los 120 días completos del inicio de ajuste de diálisis. ❖

Fuente: CMS PERL 201108-14

Hospital

Mejoras al cuidado del paciente hospitalizado

Regla final fortalece lazos entre pago y mejoramiento de calidad y llevará a una reducción de costos

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han establecido una regla final que actualiza las políticas y tasas de pago de hospitales durante el año fiscal (FY) 2012. La regla final, que afectará los pagos de Medicare a hospitales de cuidados generales intensivos y hospitales de estadía de pacientes a largo plazo, apoya los esfuerzos de promover mejoras en desarrollo en cuidados de hospital lo que conducirá a mejor resultado para los pacientes al mismo tiempo que se ocupará del crecimiento de los costos a largo plazo del cuidado de la salud.

La regla final actualiza las políticas y tasas de pago de hospitales de cuidados intensivos pagados bajo el sistema de pagos prospectivos (IPPS), así como hospitales bajo el sistema de pagos prospectivos de hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH PPS). La regla final fortalece también el programa de reporte de calidad de atención de pacientes hospitalizados (IQR) poniendo gran énfasis en la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud y establece el marco de un nuevo programa de reporte de calidad que corresponderá a los hospitales pagados bajo LTCH PPS.

CMS ha proyectado que el total de pagos operativos de Medicare a hospitales de cuidados intensivos por servicios a pacientes hospitalizados que ocurran en FY 2012 se incrementará en \$1.13 billones o 1.1 por ciento, comparado con FY 2011, debido al incremento de 1.0 por ciento de la tasa de pagos, junto a otras políticas adoptadas en la regla final. Los pagos de Medicare a LTCH están proyectados a aumentar en FY 2012 en \$126 millones o 2.5 por ciento en relación a FY 2011, debido al 1.8 por ciento de incremento de la tasa de pagos, junto a otras políticas adoptadas en la regla final.

La regla final, que será aplicada a aproximadamente a 3,400 hospitales de cuidados intensivos y 420 LTCH, estará vigente para dadas de alta ocurridas a partir del 1 de octubre de 2011, a menos que se especifique algo diferente en la regla. La regla final incrementará los pagos a hospitales de cuidados generales intensivos bajo IPPS en 1.1 por ciento, comparado con un 0.55 por ciento de reducción en la regla propuesta e incrementará los pagos a LTCH en 2.5 por ciento, comparado con 1.9 por ciento en la regla propuesta. Ciertos hospitales están excluidos de IPPS (tales como hospitales de niños y del cáncer e instituciones religiosas no médicas de cuidados de la salud).

El texto completo de la regla final puede encontrarse en

http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-19719_PI.pdf o en <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx>.

Para archivos de apoyo, vaya al primer Spotlight de la página Hospital Center.

Para leer el comunicado de prensa completo y hoja informativa de CMS publicadas el 1 de agosto, refiérase a los enlaces siguientes:

Enlace a comunicado de prensa de CMS: http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp.

Enlace a hoja informativa de CMS: http://www.cms.hhs.gov/apps/media/fact_sheets.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 201108-01

Actualización de INP PPS PC Pricer para el año fiscal 2011

Se descubrió un error y se solucionó en la lógica de edición de la fecha de alta de la factura de PC Pricer del sistema de pagos prospectivos por pacientes hospitalizados (inpatient prospective payment system, INP PPS) para el año fiscal (fiscal year, FY) 2011. Si usted usa PC Pricers del INP PPS para el año fiscal (FY) 2011, ingrese en la página web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargue la última versión de PC Pricer para el FY 2011. La actualización es para las reclamaciones con fecha del 1 de octubre de 2010 al 30 de septiembre de 2011. La actualización tiene fecha del 26 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 201107-51

Método para establecer costos de servicios a pacientes hospitalizados para demostraciones de hospitales rurales

Número de *MLN Matters*: MM7505

Número de petición de cambio relacionado: 7505

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R77DEMO

Fecha de implementación: 22 de agosto de 2011

Resumen

Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) ordenó una demostración que establece hospitales de comunidades rurales. Un hospital elegible, debe estar localizado en un área rural, tener menos de 51 camas destinadas a cuidados intensivos, ofrecer servicios de emergencia disponibles las 24 horas y no ser elegible para ser designado hospital de urgencia.

Ambas Secciones 3123 y 10313 de Affordable Care Act expanden y extienden la demostración. Son exceptuados los hospitales que continúan participando en el proyecto desde el período inicial – con un período de continuación de 5 años para cada hospital. Esta orden de cambio da instrucciones para el período adicional de 5 años.

Además, 18 nuevos hospitales comenzarán la demostración. Cada uno de ellos participará por un período de 5 años, a partir de la fecha de su primer reporte de costos o a partir del 1 de abril de 2011. El período de desempeño terminará el 31 de diciembre de 2016.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7505.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7505, 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/R77DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 77, CR 7505

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.

Problemas al procesar reclamaciones sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados durante del año fiscal 2010

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han detectado recientemente un error en los pagos del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) durante del año fiscal (FY) 2010 en reclamaciones de hospitales revisadas a partir del 1 de julio de 2011. Esto afecta a reclamaciones de dadas de alta desde el 1 de octubre de 2009 al 30 de septiembre de 2010. No están afectadas las reclamaciones por dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2010.

CMS está trabajando rápidamente para resolver este problema. Hasta que sea corregido, su intermediario fiscal (FI) o contratista administrativo A/B de Medicare (MAC) deberá:

- Discontinuar el reprocesamiento de ajuste de reclamaciones IPPS de Affordable Care Act y contratistas de auditoría de recuperación para dadas de alta de FY 2010;
- Retener todas las reclamaciones de ajustes de IPPS presentadas por los proveedores con fechas de dadas de alta durante FY 2010; y
- Retener toda nueva reclamación de IPPS recibida con fechas de dadas de alta desde el 1 de octubre de 2009 al 30 de septiembre de 2010, que están todavía en espera del cumplimiento de requisitos de presentación.

Contacte su FI o A/B MAC con respecto a la aceleración de los pagos y advierta que ellos reprocesarán cualquier reclamación afectada por este problema. CMS le notificará cuando la corrección haya sido implementada. ❖

Fuente: CMS PERL 201108-13

Servicios de anestesiastas en hospital de urgencia método II

Número de *MLN Matters*: MM7465
Número de petición de cambio relacionado: 7465
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008
Número de transmisión de CR relacionado: R2268CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo se basa en orden de cambio (CR) 7465 y advierte a los proveedores que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están revisando el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 4, Sección 250.3.2: "Physician Rendering Anesthesia in a Hospital Outpatient Setting". Esta revisión elimina el 20 por ciento de reducción aplicado a servicios de anestesia prestados por anestesiastas en un hospital de urgencia (CAH) método II, en servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008.

Para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008, los contratistas pagarán los servicios de

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.

anestesia (códigos *CPT 00100* al *01999*) presentados por un CAH método II en factura tipo 85x con código de ingreso 963 y modificador AA basado en los cargos reales de cantidad de catálogo de tarifas, de la manera siguiente: [Suma de unidades base más tiempo (tiempo de anestesia dividido por 15)] multiplicado por el factor de conversión menos el deducible multiplicado por 0.80 multiplicado 1.15.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7465.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7465, 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/R2268CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2268, CR 7465

Sección 5503: Distribución de posiciones de residencia adicionales

El 15 de agosto de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron los resultados de sus decisiones sobre cuales hospitales de enseñanza están recibiendo reducciones y/o incrementos a su educación médica graduada directa (GME) y educación médica indirecta (IME) equivalente a tiempo completo (FTE) de límites residentes.

La Sección 5503 del Affordable Care Act provee reducciones en el GME directo y el IME FTE de límites residente para ciertos hospitales, y autoriza una "redistribución" para ciertos hospitales del número estimado de espacios residente FTE resultado de las reducciones.

Efectivo para las porciones de periodos de reporte de costo que ocurren a partir del 1 de julio de 2011, para los GME directo e IME, los límites residente FTE serán reducidos a 65 por ciento del exceso de los espacios residente. El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos también está autorizado a incrementar el FTE, que aplicaría de otra forma, de límites residente para cada hospital que califique que presenta una aplicación oportuna para un número que el Secretario puede aprobar, efectivo para las porciones de periodos de reporte de costo que ocurren a partir del 1 de julio de 2011.

Las solicitudes de hospital para los incrementos de límites residente fueron limitadas a no más de 75 posiciones FTE para GME directo e IME, respectivamente. La Sección 5503 especifica que los espacios deben ser distribuidos en la siguiente manera: 70 por ciento de los espacios residente deben ser distribuidos a los hospitales localizados en los estados con proporciones de residente a población en el cuartil más bajo, y 30 por ciento de los espacios residentes deben estar distribuidos a los hospitales localizados en un estado, un territorio de los Estados Unidos, o el Distrito de Columbia que están entre los principales 10 estados, territorios, o distritos en términos de la proporción de la población de escasez en el área profesional de la salud (HPSA) al total de la población, y/o a hospitales localizados en áreas rurales de cualquier estado.

Los hospitales que no están localizados en estos estados o en un área rural no califican para los espacios redistribuidos. Para ver la lista de los hospitales que reciben disminuciones del límite residente FTE o incrementos o ambos, haga clic en el enlace abajo y busque hasta encontrar el archivo llamado "Section 5503 Cap Decreases and Increases". http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/06_dgme.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 201108-31

Adición de MS-DRG 265 a lista PPS subordinada de dispositivos de reemplazo sin costo o a crédito

Número de *MLN Matters*: MM7457
 Número de petición de cambio relacionado: 7457
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de julio de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R922OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo, basado en orden de cambio (CR) 7457, informa a proveedores de Parte A que se agrega el grupo relacionado con diagnóstico de gravedad médica (MS-DRG) 265 a la lista de DRG subordinada a la política final de reembolso del sistema de pagos prospectivos de paciente hospitalizado por dispositivos de reemplazo ofrecidos sin costo o a crédito.

Además, para agilizar el proceso con vista a correcciones ingresadas a tiempo, refiérase a CR

7457 en la sección de comentarios de ajustes o reclamaciones aplicables.

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/MLNMattersArticles/downloads/MM7457.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7457, 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/R922OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 922, CR 7457

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

Centros de Rehabilitación

Cambios a PPS Pricer de año fiscal 2012 – actualización anual de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado

Número de *MLN Matters*: MM7510
 Número de petición de cambio relacionado: 7510
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2275CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

La notificación de actualización del año fiscal 2012 del sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS) publicada el 29 de julio de 2011, establece los índices de pagos prospectivos para los IRF para el FY 2011. Un nuevo paquete de software IRF Pricer será publicado antes del 1 de octubre de 2011, que contendrá los índices actualizados que son efectivos para las reclamaciones con dadas de alta que caen dentro del 1 de octubre de 2011, hasta el 30 de septiembre de 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7510.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7510, 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/R2275CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2275, CR 7510

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

CMS implementa pago, cambia política para centros de rehabilitación de hospitalización

Regla final adopta medidas para nuevo programa para reportar la calidad IRF

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final que actualiza las políticas de pago e índices de Medicare para más de 1,200 centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) e individuales en el año fiscal (FY) 2012. La regla final incrementa los índices de pago IRF bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) de IRF al 2.2 por ciento y establece un nuevo sistema de reporte de calidad autorizado por el Affordable Care Act. CMS proyecta que los pagos totales bajo el IRF PPS incrementarán a \$150 millones en FY 2012.

Inicialmente, los IRF presentarán datos sobre dos medidas de calidad, medida de infección del tracto urinario asociado a catéter urinario y una medida para las úlceras nuevas o empeoradas de presión, con una tercera medida -- "readmisión estandarizada de todas las causas de riesgo completas de 30 días" -- bajo desarrollo. Los IRF que no presentan los datos de desempeño verán sus pagos reducidos a dos puntos porcentuales comenzando en FY 2014. CMS anticipa añadir medidas para reportar en el futuro a través de la reglamentación y estableciendo un proceso para hacer disponibles los datos al público. Como con los otros datos en el sitio Web de CMS, los IRF tendrían la oportunidad de revisar los datos para precisión antes de que sean públicos.

La regla final afectará los pagos a más de 200 hospitales de rehabilitación individuales y más de 1,000 unidades IRF en los hospitales de cuidado intensivo y hospitales de acceso crítico, comenzando con las dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2011. Bajo el IRF PPS, el pago de Medicare a un IRF incrementa luego de que los costos del IRF para tratar a un beneficiario exceden la cantidad de margen de costo extraordinario. El margen es establecido para FY 2012 a una cantidad que es proyectada para mantener los pagos de costo extraordinario al tres por ciento del total de los pagos bajo el IRF PPS.

La regla final también:

- Actualiza el grupo de caso mixto (CMG) de pesos relativos utilizando reclamaciones FY 2010 IRF y los datos del reporte de costo FY 2009 IRF;
- Utiliza los datos de salario final de FY 2011 previamente reclasificado y hospital "pre-floor" para determinar los índices FY 2012;
- Congela los factores de ajuste de nivel de centro para FY 2012 a los niveles FY 2011 para un año adicional mientras la agencia explora formas de mejorar en la precisión y consistencia de la metodología actual utilizada para calcular los factores de ajuste de nivel de centro;
- Permite a los IRF recibir ajustes provisionales a sus FTE internos y límites residentes si éstos toman internos y residentes que no son capaces de completar sus adiestramientos debido a que el IRF que originalmente había sido su sitio de adiestramiento asignado cerró o finalizó su programa de adiestramiento residente; y
- Permite a las unidades de IRF y centros psiquiátricos de hospitalización expandirse a mediados del periodo de reporte de costo, en vez de restringir tales expansiones al comienzo de un periodo de reporte de costo.

La regla final fue mostrada el 29 de julio de 2011, en Office of the Federal Register's Public Inspection Desk y estará disponible bajo "Special Filings" en:

http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-19516_Pi.pdf y

<http://www.ofr.gov/inspection.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>. Aparecerá el 5 de agosto de 2011, en el *Federal Register*.

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

Para leer el comunicado de prensa completo de CMS emitido el 29 de julio, vaya a <https://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4032>.

La hoja informativa de CMS está disponible en <https://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4033>.

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 201107-55

Recibirán el reporte PEPPER los Centros de rehabilitación del paciente hospitalizado – inscríbase ahora para adiestramiento

Comenzando en septiembre de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) harán disponibles los reportes gratuitos de datos comparativos específicos de hospital (PEPPER) para los centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF). El reporte “Program for Evaluating Payment Patterns Electronic Report” (PEPPER) provee estadísticas de datos específicas de hospital para las dadas de alta de Medicare que pueden estar en riesgo de pagos impropios de Medicare. Los centros pueden utilizar los datos para sustentar auditoría interna y monitorear actividades. PEPPER es un reporte gratuito que compara las prácticas de facturación de Medicare de un IRF con las de otros IRF en el estado, entre las jurisdicciones de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) o intermediario fiscal (FI) y la nación. CMS ha contratado a TMF Health Quality Institute para desarrollar y distribuir los reportes.

El reporte PEPPER será distribuido electrónicamente al IRF de unidades de parte distinta de los hospitales del cuidado agudo a corto plazo a través de un intercambio seguro de archivo MyQualityNet a los administradores QualityNet de hospital y cuentas de usuario con el rol de recipiente PEPPER. Los IRF individuales recibirán su reporte PEPPER en formato impreso vía FedEx dirigido al CEO/Administrador, cerca del 22 de septiembre.

Inscribase para el adiestramiento de PEPPER para el personal del IRF

TMF Health Quality Institute llevará a cabo una sesión de adiestramiento en Internet para el personal de IRF proveyendo información sobre PEPPER y cómo usarlo el viernes, 23 de septiembre de 2011, de 11 a.m.-12:30 p.m. CT. Para inscribirse en el adiestramiento, el personal del IRF debe visitar <http://TMFEvents.webex.com>. Debido a que la inscripción es limitada, los IRF son exhortados a coordinar internamente para prevenir inscripciones duplicadas por centros. La sesión de adiestramiento será grabada y publicada en <http://www.PEPPERresources.org>.

Para más información, visite el [sitio Web de PEPPER](#). El personal del IRF es exhortado a unirse a la lista de email en el sitio Web para recibir notificaciones importantes sobre las próximas distribuciones PEPPER y oportunidades de adiestramiento.

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 201108-23

Centros de Enfermería Especializada

Pagos FY 2012 para índices de caso mixto de SNF de Medicare recalibrados para alinear mejor los pagos con costos

También requiere una nueva evaluación para capturar los cambios en los servicios de terapia, y la localización del tiempo de grupo de terapia para asegurar la precisión del pago

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron una regla final para reducir los pagos del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS) de Medicare en el año fiscal (FY) 2012 a \$3.87 billones, o 11.1 por ciento más bajo que los pagos para el FY 2011. Los índices FY 2012 corrigen un alza no deseada en los niveles de pago y alinea mejor los pagos de Medicare con los costos.

“CMS está comprometido en proveer atención médica de alta calidad a aquellos en centros de enfermería especializada para pagar esos centros apropiadamente por esa atención”, dijo el Administrador de CMS Donald M. Berwick, M.D. “Los ajustes a los índices de pago para el próximo año reflejan esa política”.

CMS ahora está recalibrando los índices de caso mixto (CMI) para el FY 2012 para restaurar los pagos en general a sus niveles deseados en una base prospectiva. El SNF PPS utiliza un sistema de recurso de clasificación conocido como Resource Utilization Groups Version 4 (RUG-IV), el cual asigna un paciente a un grupo RUG para determinar un índice de pago diario. Cada grupo RUG consiste de los CMI que reflejan la severidad de la enfermedad del paciente y los servicios que un paciente necesita en el SNF. En la transición de un sistema de clasificación anterior al nuevo RUG-IV, CMS ajustó los CMI para el FY 2011 basado en utilización pronosticada bajo este nuevo sistema de clasificación para establecer paridad en todos los pagos. Los SNF han sido pagados bajo el RUG-IV desde el 1 de octubre de 2010.

Continúa en la página siguiente

Pagos...(Continuación)

CMS encontró que el ajuste de paridad realizado en FY 2011, el cual tenía la intención de asegurar que el nuevo sistema RUG-IV no cambiaría los niveles de gastos en general del año anterior, en vez resultó en un incremento significativo en los gastos de Medicare durante el FY 2011. Este incremento en gastos fue primariamente debido a los cambios en la utilización de modos de terapia bajo el nuevo sistema de clasificación que difiere significativamente de las proyecciones en las cuales está basada el ajuste de paridad original.

“Los datos adicionales analizados por CMS desde la publicación de la regla propuesta confirmó la extensión de los sobrepagos que han ocurridos desde la implementación del sistema RUG-IV”, dijo Jonathan Blum, Administrador Diputado y Director de Center for Medicare. “También estamos realizando varias mejoras a nuestro sistema de pago para fortalecer su integridad”.

La recalibración FY 2012 de los CMI resultarán en una reducción en los pagos SNF de \$4.47 billones o 12.6 por ciento. Sin embargo, esta reducción sería compensada para la actualización FY 2012 para los pagos de Medicare a los SNF. La actualización – un incremento de 1.7 por ciento o \$600 millones para el FY 2012 -- refleja un 2.7 por ciento de incremento en los precios de los bienes y servicios de la “bolsa del mercado” reducidos por un 1.0 por ciento de ajuste de productividad multifactorial (MFP) ordenado por el Affordable Care Act. El incremento combinado de la bolsa del mercado de MFP ajustado y la recalibración FY 2012 producirán una reducción neta de \$3.87 billones, o 11.1 por ciento.

Para el FY 2012, la recalibración reflejará la intención del nuevo sistema RUG-IV para pagar a los proveedores de SNF de forma más precisa basado en las necesidades del servicio de los beneficiarios de Medicare en su atención. El ajuste fue determinado utilizando las reclamaciones y los datos de evaluación de los primeros ocho meses de FY 2011. Esto asegurará que los pagos reflejen con más precisión los recursos necesarios para proveer atención médica en el área de pacientes SNF, incluyendo aquellos que requieren una atención médicamente más compleja.

Es importante notar que esta recalibración remueve un alza no deseada en los pagos que ocurrieron en FY 2011 en vez de disminuir lo que sería de otra forma una cantidad de pago apropiada. Aun con la recalibración, los índices de pago FY 2012 serán 3.4 por ciento más altos que los índices establecidos para FY 2010, el periodo inmediatamente que precede el alza no deseada en los niveles de pago.

Junto con la recalibración y actualización de los índices de pago SNF PPS para FY 2012, esta regla final hace un número de revisiones adicionales dirigidas a mejorar la precisión e integridad SNF PPS. La regla modifica las ventanas de evaluación del paciente y días de gracia para minimizar la duplicación y traslapos en periodos de observación entre evaluaciones. La regla final también:

- Clarifica las circunstancias cuando los SNF deben reportar lapsos de tres o más días de terapia.
- Elimina la distinción entre los centros que regularmente prestan servicios de terapia en una base de 5 o 7 días para propósitos de establecer la fecha para el End of Therapy (EOT) Other Medicare Required Assessment (OMRA).
- Agiliza los procedimientos para documentar situaciones que envuelven una breve interrupción en terapia, donde la terapia resume sin cambio en el nivel de clasificación RUG-IV del paciente.
- Introduce un nuevo Change of Therapy (COT) OMRA para capturar aquellos cambios en el estatus de terapia del paciente que sería suficiente para afectar la clasificación RUG-IV y pago, aun cuando puede que no incremente el nivel de una oportunidad significativa en estatus clínico.
- Prevé la asignación del tiempo del terapeuta para terapia de grupo (definida en la regla como un solo terapeuta dirigiendo a cuatro pacientes en una actividad común) para asegurar que los pagos de Medicare reflejan mejor la utilización del recurso y costo para estos servicios, y específicamente que el tiempo del terapeuta está siendo contado apropiadamente y reembolsado.
- Trata el impacto de ciertas provisiones del Affordable Care Act, y anuncia que las provisiones propuestas sobre los requisitos de divulgación de propiedad establecida en el Affordable Care Act serán finalizadas en una fecha más tarde.

Más información sobre esta regla final de SNF PPS y otras noticias relacionadas del cuidado de la salud pueden encontrarse en www.healthcare.gov, un nuevo portal Web hecho disponible por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Para información adicional, vea <http://www.cms.gov/center/snf.asp>. Una copia de la regla final está disponible en el sitio Web del *Federal Register* en http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-19544_PI.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 201107-54

Información General

Consejería para prevenir el uso del tabaco

Retención de reclamaciones relacionadas al CR 7133

Comenzando el 7 de abril de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) instruyeron a los intermediarios fiscales (FI) y a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B a retener las reclamaciones con los siguientes criterios, hasta que la petición de cambio (CR) 7133R2 fue instalada en producción el 9 de mayo de 2011:

- HCPCS G0436 y/o G0437
- Código de ingreso 0942, 096x, 097x o 098x
- Fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011

- Código de diagnóstico 305.1 o V15.82
- Código de ocurrencia 32 no está presente

Cuando el CR 7133R2 fue instalado, los FI y los MAC A/B fueron instruidos a emitir las reclamaciones retenidas e ingresar el código de condición "15", para indicar que eran reclamaciones limpias en las cuales el pago fue retrasado debido al retraso de procesamiento de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y por lo tanto, no están sujetos a los estándares de puntualidad de procesamiento. ❖

Fuente: CMS PERL 201108-16

Reclamaciones de producción de errata de versión 5010 institucional de HIPAA 837 – subconjunto no es dirigido donde corresponde

Descripción del problema

Como parte de la entrega del sistema trimestral de Medicare Parte A, el 5 de julio de 2011, el sistema compartido (FISS) de Parte A incluyó inadvertidamente un símbolo ('}') no válido, dentro de una línea del código de errata de versión institucional 5010 de Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA) 837 de reclamaciones que envía a coordinación de contratistas de beneficios (COBC) con propósito de transferencia. El problema parece afectar solamente reclamaciones que nuestro sistema Parte A debe balancear forzosamente de acuerdo a los requisitos de transacción de reclamaciones HIPAA 5010 (un promedio aproximado de 200 por día, dentro del universo completo de reclamaciones transferidas diariamente).

En la actualidad, cuando COBC recibe reclamaciones que contienen el símbolo no válido, las rechaza y devuelve con corrección H10041 al contratista administrativo A/B de Medicare (MAC) o al intermediario fiscal (FI). A su vez, esa entidad emitiría normalmente y enviaría por correo notificaciones suplementarias que afectan al (a los) proveedor(es) que:

- Hacen una lista de las reclamaciones afectadas, por número de control de documento (DCN) y paciente, que no pueden ser transferidas; e
- Incluye mensajes de error (en este caso H10041), junto con una descripción del error, para explicar la razón por la cual Medicare no puede transferir las reclamaciones afectadas.

El viernes 8 de julio de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ordenaron al personal de transferencias de A/B MAC y FI, suspender en forma temporal la emisión de cartas conteniendo el código de error H10041 hasta que se tuviera una solución al problema actual. CMS, el mantenedor del sistema compartido de Parte A y los A/B MAC y FI, han determinado que los esfuerzos para completar reparaciones/correcciones a las reclamaciones afectadas al recibir el error código H10041 puede tomar varias semanas más allá del lunes 8 de agosto de 2011, fecha estimada en la cual la corrección del presente problema será llevada a producción.

Lo que esto significa para usted

Cuando los proveedores reciben cartas de sus servidores A/B MAC o FI, con notificaciones especiales conteniendo el código H10041, deben facturar a los pagadores suplementarios de sus pacientes afectados. Las reclamaciones indicadas en las cartas no pueden ser transferidas.

Situación actual

El sistema compartido Parte A ha establecido el lunes 8 de agosto de 2011, como la fecha de corrección del problema mencionado. Por lo tanto, todas las reclamaciones que A/B MAC o FI envíen al COBC a partir de esa fecha, no pueden contener código de error H10041.

Preguntas adicionales pueden ser dirigidas directamente a su servidor local A/B MAC o FI.

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

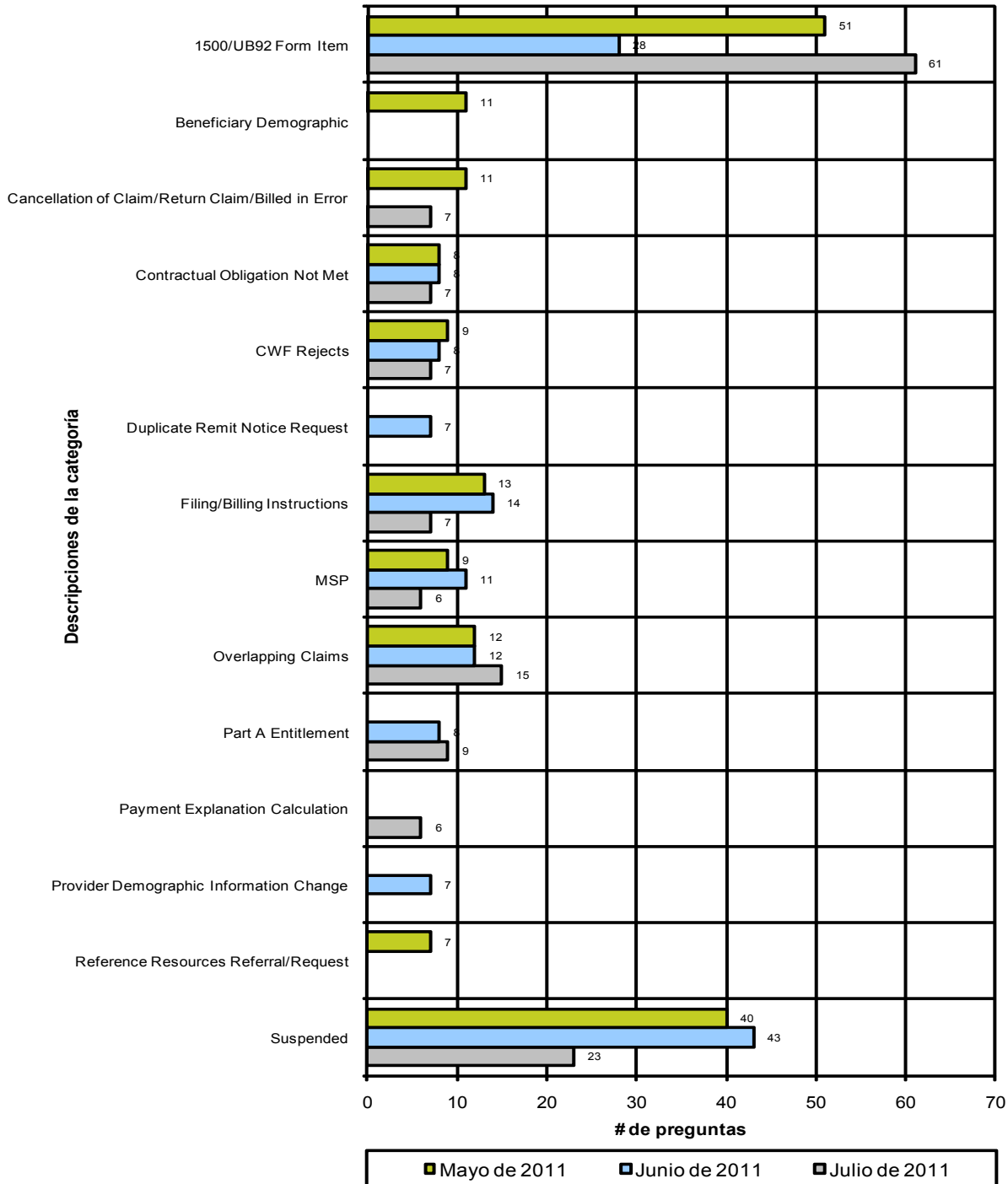
Fuente: CMS PERL 201108-02

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en mayo - julio 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 mayo - julio de 2011. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

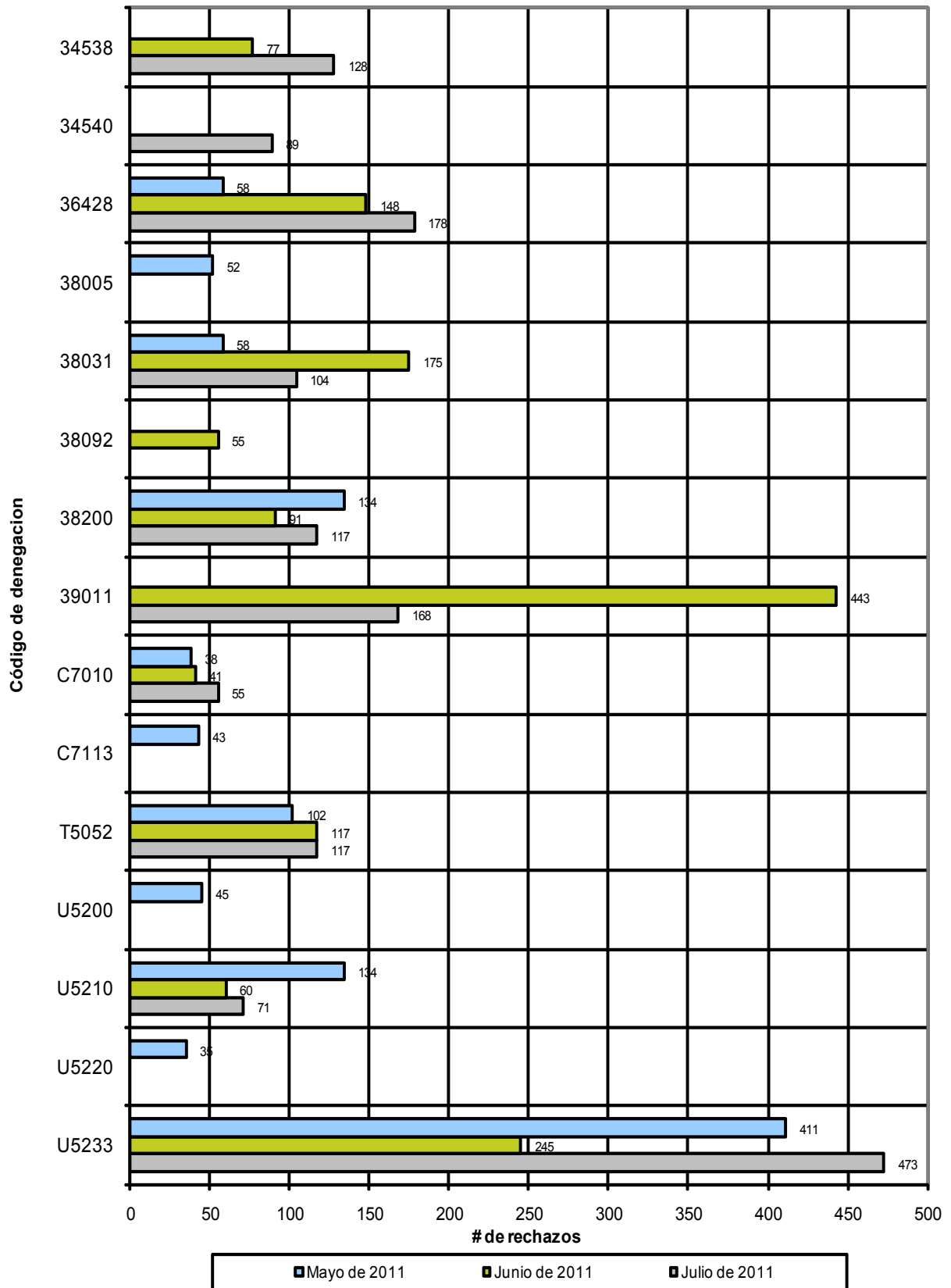
http://medicare.fcsso.com/Inquiries_and_denials/index.asp

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



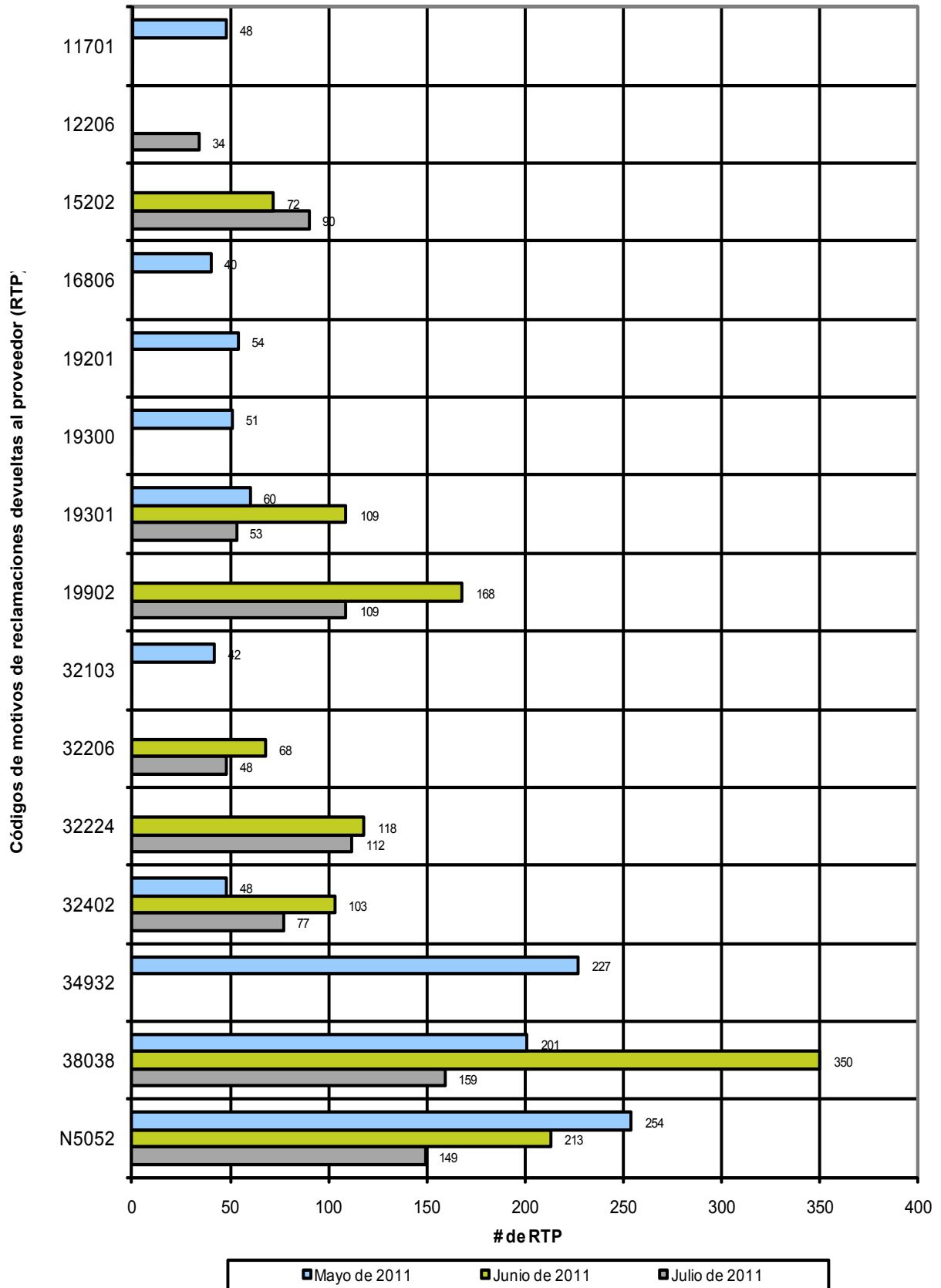
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

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

AJ0881: Erythropoiesis stimulating agents.....41

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**, son rechazados automáticamente y la revisión médica es 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

AJ0881: Erythropoiesis stimulating agents – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28836 (Florida)

Identificador de LCD: L28869 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “erythropoiesis stimulating agents” fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. El 24 de junio de 2011, la agencia Food and Drug Administration (FDA) emitió una etiqueta del medicamento revisada para epoetin alfa (*Procrit*[®] y *Epogen*[®]) y darbepoetin alfa (*Aranesp*[®]). Estas revisiones requerían que la LCD sea actualizada para reflejar el nuevo lenguaje que rodea las indicaciones, advertencia de caja negra, y dosis y administración para estos medicamentos. Por lo tanto, las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “Utilization Guidelines”, “Documentation Requirements”, y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD han sido revisadas como es debido para leer en línea con las etiquetas revisadas de los medicamentos.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de agosto de 2011**, para los servicios provistos **a partir del 24 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en

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

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

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

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

Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare

¿Sabía usted que el reporte de Provider Data Summary (PDS) puede ayudarle a mejorar la precisión y eficiencia de su facturación a Medicare? Solamente acceda al reporte PDS a través de nuestro portal en línea, establezca su cuenta, y compare sus patrones de facturación con aquellos de proveedores similares durante un periodo de facturación específico. Este recurso invaluable le ayudará proactivamente a reducir errores de facturación al aprender a evitarlos antes de que estos ocurran. ¿Le gustaría saber más? Solamente visite nuestra página de PDS, donde usted encontrará simulaciones de gran ayuda, una guía rápida para comenzar, y una guía de ayuda que le enseña como aplicar los resultados PDS a las necesidades de su negocio.

Formulario de Parte A

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para “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

Cobertura y Reembolso

Facturación de códigos de reparación listados en las peticiones de cambio 6573 y 5917

Nota: El artículo MM6914 de MLN Matters fue publicado anteriormente en mayo de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 36).

Número de *MLN Matters*: MM6914
 Número de petición de cambio relacionado: 6914
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R695OTN
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Los suplidores pueden facturar por separado a cualquiera de los siguientes códigos de reparación en adición de los códigos para partes de reemplazo, accesorios, suplidores de implantes protésicos, y equipo médico duradero implantado quirúrgicamente previamente comunicado en el Attachment A de la petición de cambio 6573.

Código	Descripción
K0739	Reparación o servicio que no es de rutina de equipo médico duradero que no sean equipo de oxígeno que requiera la destreza de un técnico, componente de labor, por 15 minutos
L7500	Reparación de dispositivo protésico, tasa por hora
L7510	Reparación de dispositivo protésico, reparación o reemplazo de partes menores
L7520	Reparación de dispositivo protésico, componente de labor, por 15 minutos
L8627	Implante coclear, procesador de habla externo, reemplazo
L8628	Implante coclear, componente de control externo, reemplazo
L8629	Transmisión de la bobina y el cable, integrado, para uso con el dispositivo de implante coclear
Q0506	Batería, ion de litio, para uso con el dispositivo de asistencia ventricular eléctrico o electrónico/neumático, reemplazo solamente

Las reclamaciones impactadas serán reprocesadas de acuerdo a las pautas establecidas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6914.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6914, 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/R695OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 695, CR 6914

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.

Acreditación para médicos y profesionales de la salud que suplen el componente técnico de servicios de imagen de diagnóstico avanzada

Nota: El artículo MM7176 de MLN Matters fue publicado anteriormente en febrero de 2011, en Medicare A y B Al Día (página 46).

Número de *MLN Matters*: MM7176

Número de petición de cambio relacionado: 7176

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R858OTN

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) aprobaron a tres organizaciones acreditadoras nacionales (AO) para proveer servicios de acreditación para suplidores del componente técnico (TC) de procedimientos de imagen de diagnóstico avanzada (ADI). Para prestar el TC de los servicios ADI para los beneficiarios de Medicare, los suplidores deben estar acreditados para el 1 de enero de 2012. Este requisito afecta a las reclamaciones con una fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2012.

Las reclamaciones de los proveedores para el TC de los servicios ADI serán denegadas:

- Si el proveedor no está inscrito o acreditado por una organización acreditadora designada por CMS (código de denegación N290: "Missing/incomplete/invalid rendering provider primary identifier."); o
- Si el código presentado no está listado en el archivo de elegibilidad del proveedor (código de denegación de ajuste de reclamación 185: "The rendering provider is not eligible to perform the service billed".).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7176.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7176, 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/R858OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 858, CR 7176

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

Clarificación de pago para los servicios relacionados a ESRD bajo el pago mensual de capitación

Número de *MLN Matters*: MM7520

Número de petición de cambio relacionado: 7520

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2269CP

Fecha de implementación: 7 de noviembre de 2011

Resumen

En la regla final del año calendario 2011 physician fee Schedule con periodo de comentario, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) requirieron pago mensual de capitación (MCP) de los médicos o practicantes que prestan al menos una visita al paciente en personal por mes para diálisis en el hogar mensual, y servicio MCP como es descrito por los códigos CPT 90963, 90964, 90965, y 90966.

Documentación por el médico o practicante MCP debe sustentar al menos un encuentro en persona per mes con el paciente de diálisis en el hogar. Sin embargo, los contratistas de Medicare pueden dispensar el requisito para una visita mensual en persona para el servicio de diálisis en el hogar MCP en una base de caso por caso.

Continúa en la página siguiente

Clarificación...(Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7520.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7520, 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/R2269CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2269, CR 7520

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

Actualización a modificaciones de CLIA – Clinical Laboratory Improvement Amendments

Nota: El artículo MM7277 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en marzo de 2011, en Medicare A y B Al Día (página 57).

Número de *MLN Matters*: MM7277

Número de petición de cambio relacionado: 7277

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2156CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

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

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

Información adicional

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

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

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

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

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.

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

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

Número de *MLN Matters*: MM7128

Número de petición de cambio relacionado: 7128

Fecha de emisión de CR relacionado: 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.

Facturación de laboratorios por exámenes relacionados a AMCC ESRD

Número de *MLN Matters*: MM7497

Número de petición de cambio relacionado: 7497

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R939OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Orden de cambio (CR) 7497 elimina la exigencia a laboratorios independientes (IL) de facturar por separado cada examen individual de laboratorio de química multicanal automatizada (AMCC) incluido en códigos de panel de enfermedades de órganos para beneficiarios elegibles que padecen enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Paneles de enfermedades de órganos:

- Serán pagados según catálogo de tarifas de laboratorio clínico, y
- No estarán sujetos a la regla de cálculo de pago 50/50 cuando facturen por IL.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7497.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7497, 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/R939OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 939, CR 7497

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.

Códigos HCPCS adicionales sujetos a las modificaciones de CLIA

Número de *MLN Matters*: MM7513

Número de petición de cambio relacionado: 7513

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: R915OTN

Fecha de implementación: 8 de agosto de 2011

Resumen

Los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) con modificadores 88120 TC, 88120 26, 88121 TC, y 88121 26, los cuales fueron nuevos en el 2011, están sujetos a las modificaciones de CLIA y no fueron mencionados en la petición de cambio 7277 (los códigos HCPCS sujetos y excluidos de las modificaciones de CLIA).

Las regulaciones de CLIA exigen a un centro de salud a estar apropiadamente certificado para cada prueba realizada. Para asegurar que Medicare y Medicaid solamente paga para las pruebas de laboratorio realizadas en centros certificados, cada reclamación para un código HCPCS que es considerado prueba de laboratorio CLIA es actualmente modificada al nivel de certificado CLIA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7513.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7513, 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/R915OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 915, CR 7513

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

Educación

Hoja informativa de 2011 PQRS Maintenance of Certification Program

La hoja informativa 2011 Physician Quality Reporting System Maintenance of Certification Program está disponible en formato descargable, en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/PQRSMOCMadeSimple.pdf>. Esta hoja informativa educa acerca del programa de pagos de incentivo a profesionales elegibles identificados que reportan datos en forma satisfactoria sobre mediciones de calidad para servicios con cobertura provistos por médicos a tarifa fija, a beneficiarios de Medicare Parte B. También incluye información en el pago de incentivo de 0.5 por ciento adicional cuando los proveedores cumplen los requisitos de Maintenance of Certification Program Incentive.

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 201108-12

Guía revisada ‘Medicare Physician Guide’

La guía incluye información sobre una introducción al programa de Medicare, convirtiéndose en un proveedor o suplidor de Medicare, reembolso de Medicare, servicios de Medicare, protegiendo el Trust Fund de Medicare, sobrepagos de Medicare y apelaciones de tarifa por servicios, y educación y alcance del proveedor.

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 201108-12

Intercambio Electrónico de Datos

Cambios a anuncio de remesa beneficiará a los proveedores

Número de *MLN Matters*: MM7484
Número de petición de cambio relacionado: 7484
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: R927OTN
Fecha de implementación: 8 de agosto de 2011

Resumen

Actualmente el segmento de anuncio/pago de reclamación de cuidados de la salud o transacción 835 REF (otro ajuste relacionado a la reclamación) en círculo de información 2100, no se completa en el aviso de remesa de Parte B y el archivo plano 835 identifica esto con una nota: "N/U by Part B".

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han decidido que completar el segmento de anuncio/pago de reclamación de cuidados de la salud o transacción 835 REF versión 5010A1 (otro ajuste relacionado a la reclamación) en círculo de información 2100 (para Parte B), daría información útil a proveedores y suplidores y a partir de enero de 2012, este segmento será completado en el anuncio de remesa de Parte B.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7484.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7484, 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/R927OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 927, CR 7484

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.

Medicare Remit Easy Print actualizado – versión 3.1

Proveedores y suplidores profesionales de tarifa por servicio de Medicare:

La versión 3.1 del software Medicare Remit Easy Print (MREP) está disponible para descargar en http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp. MREP ahora acepta remesas en los formatos X12 835V4010A1 y X12 835V5010A1. Para otros cambios en esta versión de MREP, vaya a la sección MREP "What's New" del [Medicare Remit Easy Print User Guide Version 3.1](#).

La versión 3.1 de MREP incluye la lista del código de denegación de ajuste de reclamación/ código de comentarios de remesa de pago publicado el 8 de marzo de 2011. Listas futuras estarán disponibles individualmente y pueden ser importadas a MREP para mantener los códigos actualizados.

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 201108-24

Entérese primero: Suscríbase a eNews de FCSO

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

Información General

Proveedores que ordenan/refieren, revisión de reclamaciones

Nota: El artículo MSE1011 de MLN Matters fue publicado anteriormente en diciembre de 2010, en Medicare A y B Al Día (páginas 42 y 43).

Número de *MLN Matters*: SE1011

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

Proveedores que ordenan o refieren ítems o servicios para beneficiarios de Medicare y no están registrados en el sistema *Provider Enrollment, Chain and Ownership System* (PECOS), deben presentar una solicitud de inscripción a Medicare. Esto puede hacerse por Internet usando el sistema PECOS o completando la solicitud de inscripción en papel impreso (CMS-855I). Si usted reasigna sus beneficios de Medicare a una asociación médica o a una clínica, necesita también completar la solicitud CMS-855R. La fase 1 comenzó el 5 de octubre de 2009 y está determinado que finalice el 2 de enero de 2011. Durante la fase 1, si el proveedor que ordena/refiere no pasa la revisión, la reclamación será procesada y pagada (asumiendo que no tiene otro tipo de problemas); sin embargo, el proveedor que está cobrando (aquel que presta el servicio o entrega el artículo ordenado o referido), recibirá un mensaje informativo de Medicare junto con el anuncio de pago. El mensaje informativo indica que la identificación del proveedor que ordena/refiere es inválida, incompleta o del todo inexistente o que el proveedor que ordena/refiere no está facultado para hacerlo. El mensaje informativo en un ajuste de reclamación que no pasa la revisión indica que la reclamación/servicio carece de la información necesaria para su adjudicación. Los mensajes informativos que están actualmente siendo enviados junto con el aviso de pago con el código nota en anuncio de pago (*remittance advice remark code* (RARC)) son los siguientes:

- N264: *Missing/incomplete/invalid ordering provider name* (nombre del proveedor que ordena inválido/incompleto/ausente) – si usted está recibiendo este RARC, es porque el nombre que figura en la reclamación no coincide con el nombre obtenido en el archivo de referencia del proveedor del sistema de Internet PECOS o el nombre no coincide exactamente con el archivo interno del proveedor de First Coast Service Options (FCSO). Asegúrese que los nombres están puestos en los campos de la reclamación apropiados. No incluya “MD,” “DO,” “Dr.,” o “PhD” en el campo de nombre. Si el nombre contiene un apellido con comilla, éste debe ser puesto exactamente como lo está en PECOS o el archivo interno del proveedor de FCSO en el sistema de reclamaciones. No use

- segundo apellido o iniciales. Si la reclamación se hace en papel impreso, el nombre debe estar en el formato siguiente: “nombre, apellido paterno” en la casilla 17 del formulario de reclamación CMS-1500”.
- N265: *Missing/incomplete/invalid ordering provider primary identifier* (identificador primario del proveedor que ordena, se encuentra inválido/incompleto/ausente) -- si usted está recibiendo este RARC, es porque el NPI del proveedor que ordena/refiere no se encuentra ya sea en el archivo PECOS o en nuestro archivo de referencias cruzadas. Asegúrese que el proveedor que ordena/refiere ha verificado su inscripción en PECOS o, al ser usted el proveedor que está cobrando, usted puede hacer esto usando el reporte de proveedor que ordena/refiere (vea en este artículo la sección de información adicional *Additional information*). Asegúrese que está presentando el NPI de una persona individual y no de una organización. Asegúrese que el proveedor que ordena/refiere es de la especialidad facultada para ordenar/referir servicios de beneficiarios de Medicare.

En fase 2, designada para comenzar el 3 de enero de 2011, estos mensajes no serán más informativos sino que serán mensajes de rechazo y el proveedor que está cobrando no obtendrá pago alguno por los servicios prestados o por los artículos provistos en base a la orden o referencia.

Escenarios

Hay múltiples escenarios que el sistema revisa durante la fase de edición (fase 1). Éstos son los siguientes:

- Ítem/servicio no contiene orden/referencia exigida en la reclamación
 - Reclamación será rechazada
- Orden/referencia presente en la reclamación
 - Medicare verifica si orden/referencia está en PECOS en calidad de elegible
 - Si no está en PECOS, Medicare busca en el sistema de reclamaciones
 - Si no está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones
 - Continúa el proceso de reclamaciones
 - Proveedor/suplidor recibe un mensaje de advertencia en el aviso de pago (RA)

Continúa en la página siguiente

Revisión...(Continuación)

Durante fase 1, aún cuando se ha detectado un problema, se continuará el proceso de la reclamación; sin embargo, el proveedor que está cobrando recibirá un mensaje advirtiéndole que una reclamación con este tipo de problema no será pagada durante fase 2, sino que en esta fase será rechazada (si el proveedor que ordena/refiere no ha emprendido la acción necesaria durante fase 1).

Información adicional

Para verificar si el proveedor que ordena/refiere tiene inscripción vigente en PECOS y pertenece a la especialidad autorizada a ordenar/referir servicios para beneficiarios de Medicare, usted debe revisar el archivo de proveedores que ordenan/refieren en el website de CMS:

http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/06_MedicareOrderingandReferring.asp

Los primeros dos archivos de la sección Download de esta página de Internet contienen el identificador nacional del proveedor (NPI) y el nombre legal (apellido paterno, nombre) de todos los médicos y otros profesionales de la salud pertenecientes al tipo/especialidad legalmente autorizado a ordenar y referir dentro del programa Medicare y tienen registro vigente en Medicare (i.e., tiene registro de inscripción PECOS). Para poder abrir estos archivos, los usuarios deberán tener la versión más reciente de Adobe Acrobat Reader y/o Excel.

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1011.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1011

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.

Iniciativa de codificación correcta – actualizaciones de revisiones trimestrales de octubre

Número de *MLN Matters*: MM7511

Número de petición de cambio relacionado: 7511

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2265CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7511, que recuerda a los médicos las actualizaciones trimestrales para revisiones a la iniciativa de codificación correcta (CCI). La última publicación del módulo de revisiones fue hecha en julio de 2011.

El último paquete de revisiones CCI, versión 17.3, entra en vigencia a partir del 1 de octubre de 2011 e incluye todas las versiones y actualizaciones anteriores desde el 1 de enero de 1996 hasta el día de hoy.

Hay información adicional acerca de CCI, incluyendo revisiones a CCI y código mutuamente exclusivo (MEC), disponible en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd>

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7511.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7511, 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/R2265CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2265, CR 7511

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

Expansión de modificación de reclamaciones para los proveedores que ordenan/refieren

Nota: El artículo MM6417 de MLN Matters fue publicado anteriormente en enero de 2011, en Medicare A y B Al Día (página 50).

Número de *MLN Matters*: MM6417 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6417
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de diciembre de 2010
 Fecha de efectividad: Fase 1: 5 de octubre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R825OTN
 Fecha de implementación: Fase 1: 5 de octubre de 2009, Fase 2: 5 de julio de 2011 (partida provisoria)

Resumen

A partir del 5 de octubre de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han ampliado el procedimiento de edición de reclamaciones para validar el identificador nacional del proveedor (NPI) de proveedores que ordenan/refieren y el nombre que se reporta en la reclamación, comparado con el registro de inscripción del proveedor de Medicare, con la finalidad de asegurar que el proveedor está efectivamente inscrito en Medicare y su especialidad tiene la facultad de ordenar o referir. Especialistas elegibles:

- Doctor en medicina u osteopatía
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina de podología
- Optometría
- Médico asistente
- Especialista en enfermería clínica certificada
- Enfermera práctica
- Psicólogo clínico
- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador social clínico.

Fases de implementación

Durante fase 1 (5 de octubre de 2009-hasta nuevo aviso), el proveedor que ordena/refiere recibirá un mensaje de advertencia en la remesa de pago si su información del proveedor está en uno de los casos siguientes:

- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- En PECOS o el sistema de reclamaciones, pero no pertenece a la especialidad facultada para ordenar/referir

Durante fase 2 (fecha de comienzo será anunciada), el servicio será rechazado (devuelto como no procesables) si su información del proveedor está en uno de los siguientes casos:

- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- En PECOS o en el sistema de reclamaciones, pero no pertenece a la especialidad facultada para ordenar/referir

Información adicional disponible en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6417.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, 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/R825OTN.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 825, CR 6417

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.

Acreditación de proyección de imagen de diagnóstico avanzado – procedimientos de inscripción

Número de *MLN Matters*: MM7177

Número de petición de cambio relacionado: 7177

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R380PI

Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

Si usted es un proveedor que presenta reclamaciones por TC (componentes técnicos) de servicios de proyección de imagen de diagnóstico avanzado para beneficiarios de Medicare, debe estar acreditados para el 1 de enero de 2012 para ser reembolsado por la reclamación si el servicio es prestado a partir de esa fecha. Deben acreditarse solamente los suplidores de proyectores de imagen y no los médicos que las interpretan. Esta acreditación corresponde solamente a aquellos que reciben pago bajo el catálogo de tarifas fijas de Medicare.

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

- Completar su solicitud de inscripción por medio del Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) o utilizando el formulario CMS-855 que corresponda y el anexo para imagen de diagnóstico avanzado (ADI).
- Enviar por correo el formulario debidamente completado a su contratista de inscripción designado de Medicare.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7177, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R380PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 380, CR 7177

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

2009 Physician Quality Reporting System – disponible el reporte en cinco medidas principales presentadas por área de práctica de especialidad

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que el reporte sobre las cinco medidas principales de 2009 Physician Quality Reporting System presentadas por área de práctica de especialidad ahora está disponible en la página Web de Physician Quality Reporting System.

El reporte provee información sobre las medidas presentadas con más frecuencia por cada tipo de especialidad. El reporte incluye datos para los servicios prestados en el año calendario 2009 y procesados en historial de reclamaciones nacionales para el 26 de febrero de 2010.

Para ver este reporte, visite la página Web <http://www.cms.gov/PQRS> y seleccione el tab Analysis and Payment. Una vez en la página Analysis and Payment, busque la sección de “Downloads” y seleccione la publicación titulada *2009 PQRS Report of Top 5 Measures Submitted by Provider Specialty [PDF 564KB]*.

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 201108-18

Médicos y otros profesionales de la salud elegibles necesitan inscribirse para ordenar y referir

Número de *MLN Matters*: MM7097
 Número de petición de cambio relacionado: 7097
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2010
 Fecha de efectividad: 18 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R355PI
 Fecha de implementación: 18 de octubre de 2010

Resumen

Un requisito de regulación propuesto implementa la Sección 6405 del Patient Protection and Affordable Care Act (Affordable Care Act, o ACA), requiriendo a las agencias de salud en el hogar y ciertos suplidores de Parte B el incluir, en una reclamación, el nombre legal y el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico o profesional de la salud que ordena o refiere los artículos facturados o servicios para el beneficiario.

Específicamente, si usted ordena o refiere los artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare y (1) usted está empleado por el Departamento de Asuntos del Veterano (DVA), El Servicio de Salud Pública (PHS), el Departamento de Defensa (DOD) TRICARE; o por un centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC), clínica de salud rural (RHC) u hospital del cuidado crítico(CAH), (2) usted está en una confraternidad, o (3) usted es un dentista o un cirujano oral, usted necesitará inscribirse en Medicare utilizando el proceso de modificado de inscripción descrito en el artículo de MLN enlazado abajo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7097.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7097, 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/R355PI.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 355, CR 7097

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.

Problemas de deducible de Medicare Parte B como pagador secundario resultante de la petición de cambio 7335

Efectivo el viernes, 1 de abril de 2011, CMS implementó el CR 7335 – “Allowing the Common Working File (CWF) to accept both Medicare Secondary Payer (MSP) and Non-MSP Lines on MSP Claims and MSP Adjustment Claims”. Este CR es rescindido y completamente reemplaza el CR 7026.

Las reclamaciones de Medicare Parte B después del viernes, 1 de abril de 2011, para las cuales el beneficiario tiene un deducible de Medicare restante y Medicare es el pagador secundario, están emitiendo pago erróneamente a pesar de que el deducible del beneficiario no ha sido satisfecho o a pesar de que el total de la cantidad permitida de Medicare aplicó para el deducible.

El recobro de sobrepagos hechos durante este tiempo será realizado sistemáticamente. El proceso de recobro todavía no ha sido programado para implementación.

En adición a estos sobrepagos, las reclamaciones de terapia física y terapia ocupacional procesadas después del viernes, 1 de abril de 2011, donde Medicare es el pagador secundario y un deducible no es cumplido están siendo retenidas por el sistema y no están siendo pagadas.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anticipa que ambos de estos problemas serán resueltos en noviembre de 2011. ❖

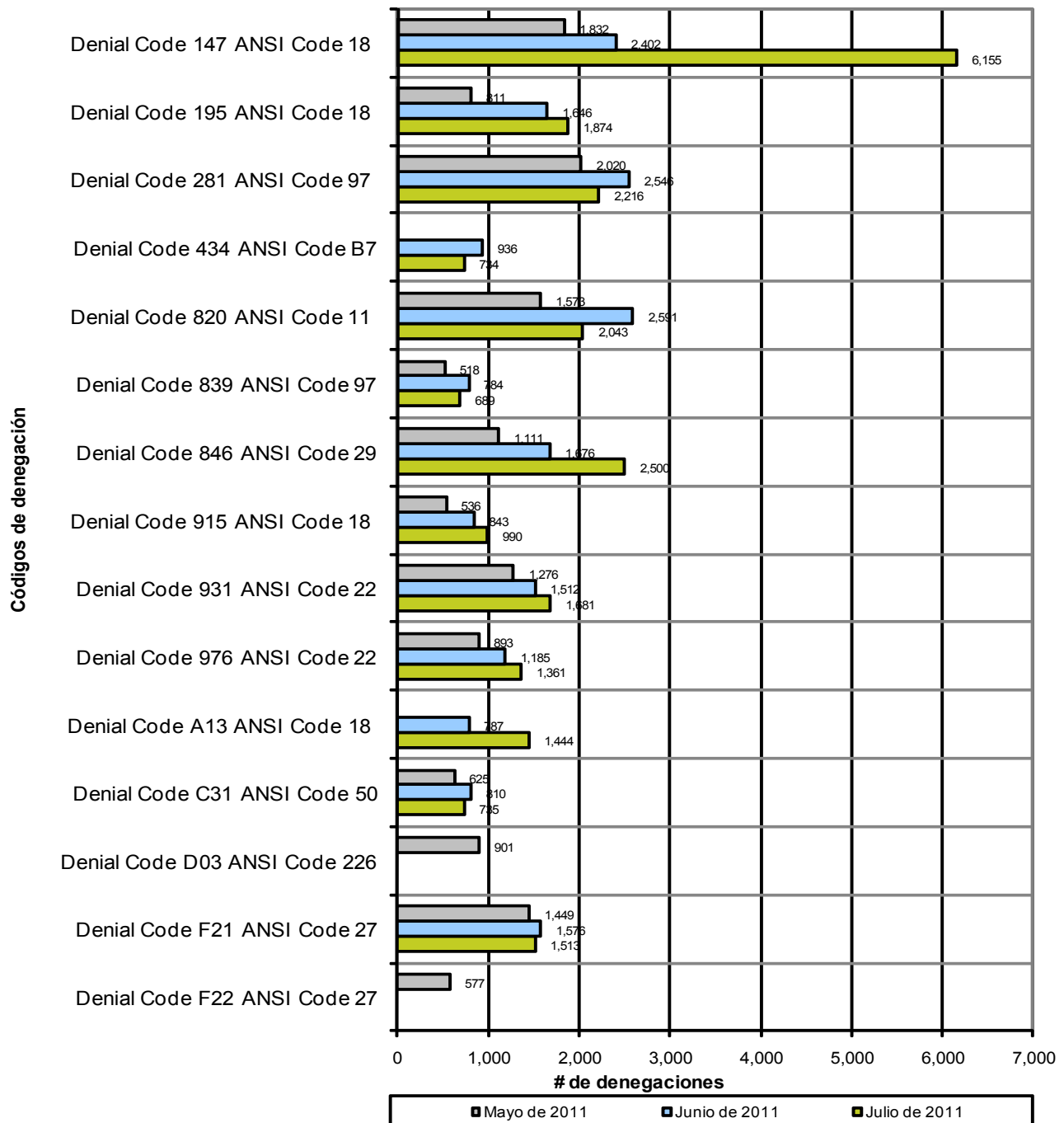
Fuente: CMS PERL 201108-35

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP), en mayo - julio 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 mayo - julio de 2011. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

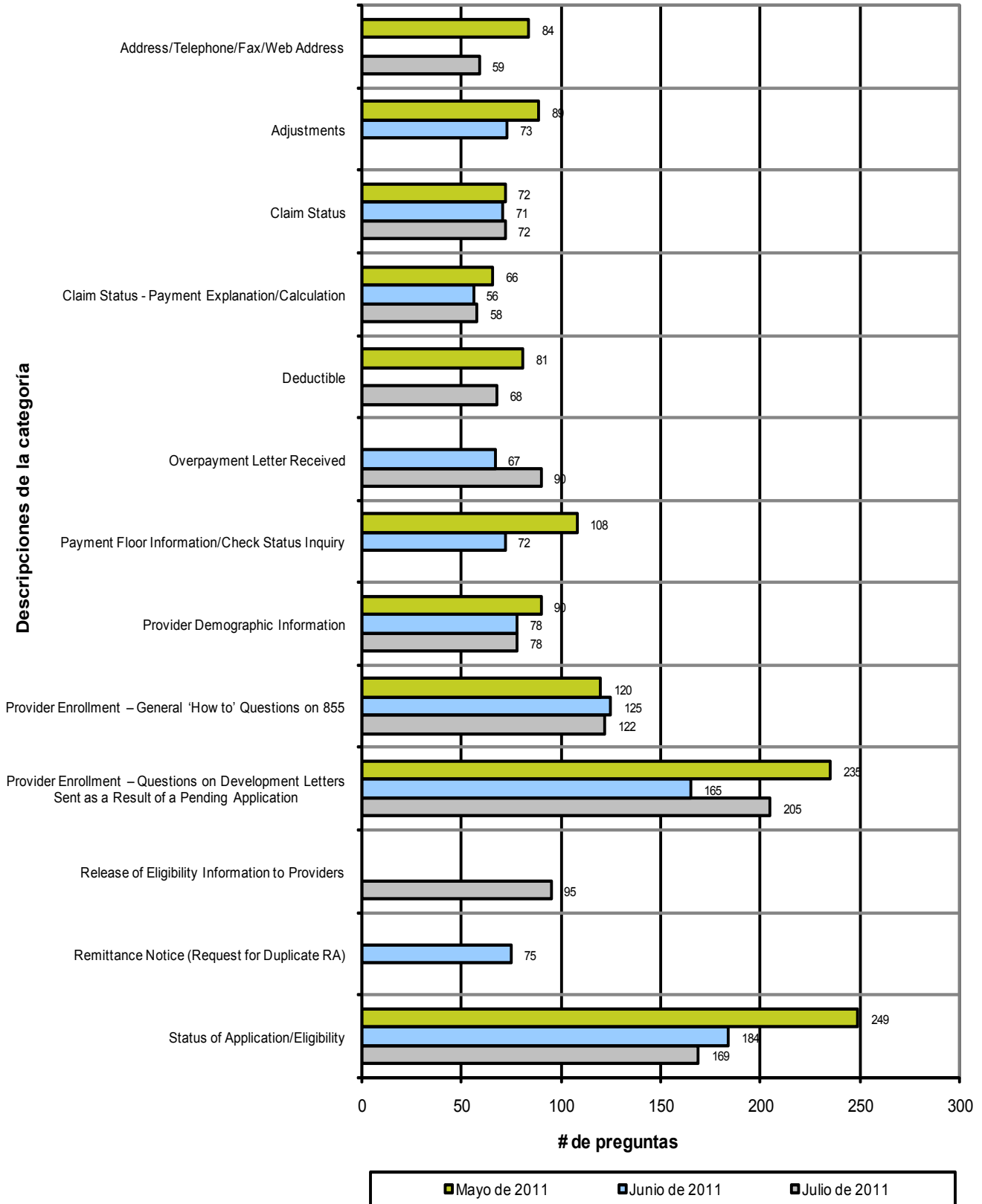
http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp

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



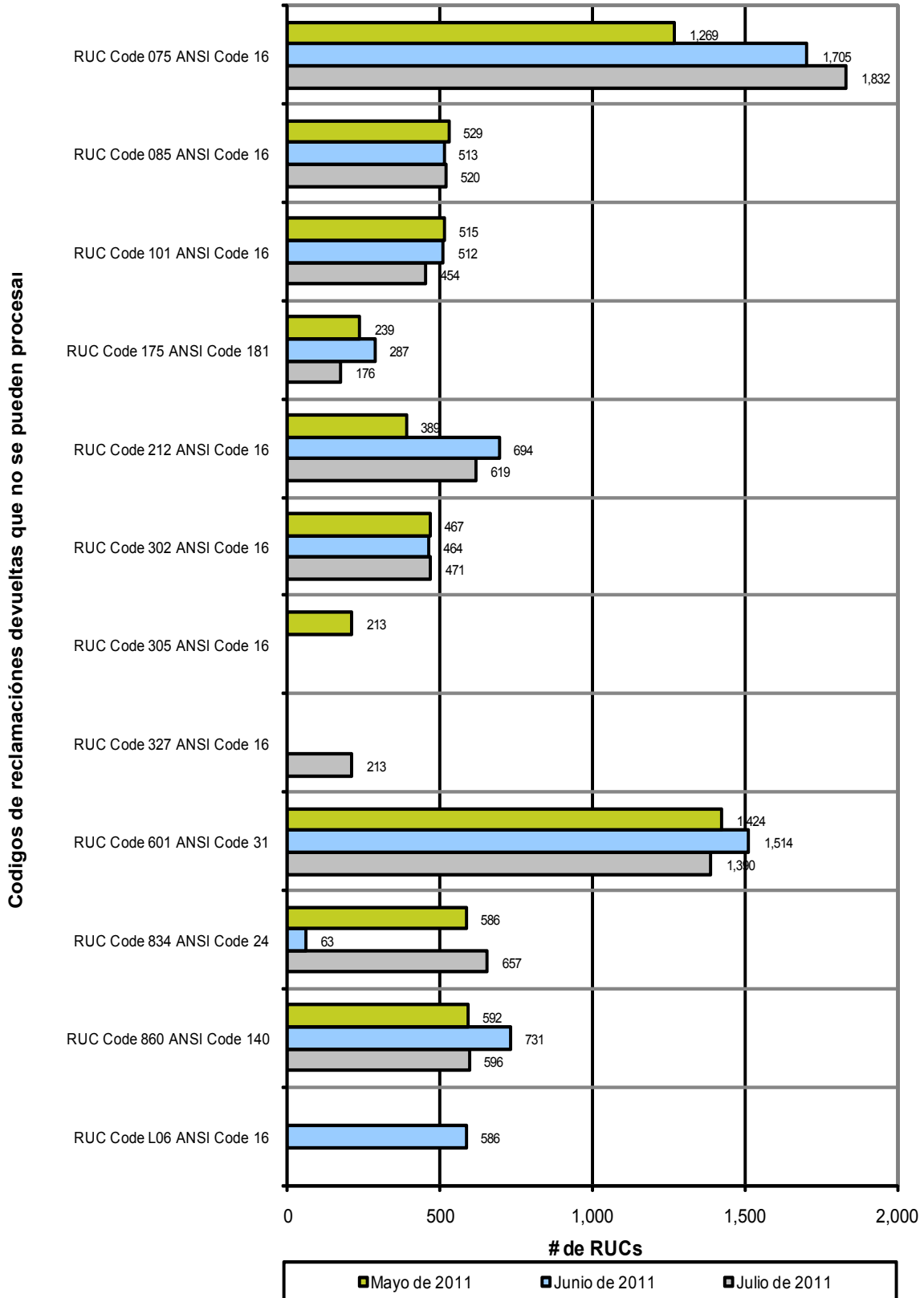
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en mayo-julio 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

J0881: Erythropoiesis stimulating agents.....59

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**, son rechazados automáticamente y la revisión médica es 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

J0881: Erythropoiesis stimulating agents – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29168 (Florida)

Identificador de LCD: L29339 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “erythropoiesis stimulating agents” fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. El 24 de junio de 2011, la agencia Food and Drug Administration (FDA) emitió una etiqueta del medicamento revisada para epoetin alfa (*Procrit*[®] y *Epogen*[®]) y darbepoetin alfa (*Aranesp*[®]). Estas revisiones requerían que la LCD sea actualizada para reflejar el nuevo lenguaje que rodea las indicaciones, advertencia de caja negra, y dosis y administración para estos medicamentos. Por lo tanto, las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “Utilization Guidelines”, “Documentation Requirements”, y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD han sido revisadas como es debido para leer en línea con las etiquetas revisadas de los medicamentos.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de agosto de 2011**, para los servicios provistos **a partir del 24 de junio de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en

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

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

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

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

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

Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare

¿Sabía usted que el reporte de Provider Data Summary (PDS) puede ayudarle a mejorar la precisión y eficiencia de su facturación a Medicare? Solamente acceda al reporte PDS a través de nuestro portal en línea, establezca su cuenta, y compare sus patrones de facturación con aquellos de proveedores similares durante un periodo de facturación específico. Este recurso invaluable le ayudará proactivamente a reducir errores de facturación al aprender a evitarlos antes de que estos ocurran. ¿Le gustaría saber más? Solamente visite nuestra página de PDS, donde usted encontrará simulaciones de gran ayuda, una guía rápida para comenzar, y una guía de ayuda que le enseña como aplicar los resultados PDS a las necesidades de su negocio.

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 []				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com/

medicareespanol.fcso.com/

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov