

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Septiembre 2011



HHS propone dar a los pacientes amplio derecho de acceso a resultados de pruebas de laboratorio

Síntesis

Como parte de los constantes esfuerzos del departamento de salud y servicio social (Department of Health and Human Services, HHS) de dar a los pacientes el derecho de ser parte informada de las decisiones que toman sus proveedores de cuidados de la salud, HHS ha propuesto reglas que darán a sus pacientes (y representantes autorizados) acceso directo a los reportes de resultados de sus pruebas de laboratorio.

La regla ha sido propuesta conjuntamente por tres agencias dentro de HHS: los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) y el Departamento de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR). CMS y CDC tienen la responsabilidad de controlar los laboratorios bajo la enmienda de mejoras de laboratorio clínico (Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 CLIA) y OCR tiene la responsabilidad de administrar la regla de privacidad (Privacy Rule) emitida bajo la ley de responsabilidad de seguro de la salud (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1986, HIPAA). Las reglas propuestas son también consistentes con una regulación propuesta en la HITECH Act que promoverá los derechos del paciente a tener acceso a información grabada en registros de salud electrónicos y ayudará a

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educativos	27
Información para proveedores de la Parte A.....	28
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	37
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	47
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	48
Información para proveedores de la Parte B.....	49
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	60
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	72
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	73

facilitar la transición a la adopción de registros nacionales de salud electrónicos.

Antecedentes

Las reglas propuestas se refieren a la interacción de las reglas de CLIA, leyes estatales sobre la entrega a los pacientes de sus resultados de pruebas de laboratorio y la Federal Privacy Rule que actualmente difiere de las disposiciones de publicación de CLIA y que reemplaza las leyes en contrario de los estados sobre privacidad y publicación de información personal de la salud. Bajo las regulaciones existentes de CLIA, un laboratorio puede entregar directamente al paciente los resultados de sus pruebas, solamente si (1) el proveedor que ordena las pruebas autoriza expresamente al laboratorio a hacerlo en el momento en que se ordena la prueba o (2) una ley del estado lo autoriza expresamente.

La Privacy Rule vigente requiere por lo general a ciertos proveedores del cuidado de la salud tales como la mayoría de los laboratorios clínicos, dar a las personas acceso a su información de salud si así lo requieren. Sin embargo, los requisitos de acceso de la Privacy Rule difieren de las reglas de CLIA, incluyen una excepción al acceso directo

Continúa en la página 25



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3
Actualización trimestral para proveedores	4
Partes A y B	
Facturación	
Imposición de facturación trimestral	5
Tarifa del factor de coagulación	5
Facturación consolidada de SNF	6
Nueva iniciativa reducirá costos	6
Prepárese para la licitación competitiva	7
Expansión del programa de licitación	9
HIPAA	
¿Estás preparado para la versión 5010?	9
Calendario de implementación	10
ICD-10	
Guía de implementación de ICD-10	11
CMS le ayuda a planificar para ICD-10	12
Inscripción del Proveedor	
Publicación de solicitudes de CMS-855	13
Medicare Enrollment Guidelines	13
Todos los pagos serán hechos por EFT	13
Revalidación de inscripción del proveedor	14
Tarifa Fija	
Pruebas complejas de diagnóstico	14
Actualización de MPFS 2011	15
Disponibles los ASP de octubre de 2011	15
Información General	
MRI en pacientes con marcapasos	16
Modificación de NCD de laboratorio	16
Tarifas de viaje de Medicare	17
Overpayment Collection Process	18
Tobacco-Use Cessation Counseling	18
Más flexibilidad en e-Prescribing	18
Reportes del programa de incentivo eRx	19
Resultados del MCPSS 2011	19
Calendario de presentaciones del MLN	20
Alerta del cáncer de próstata	20
Examen físico preventivo inicial	21
Reglamentación final de eRx 2011	21
Folleto sobre inmunizaciones preventivas	23
Actualizaciones del MLN	23
Retrasos de ajustes de MSP	23
Materiales teleconferencial del 14 de julio	24
Webinar EHR del 30 de agosto	24
Precios de vacunas de influenza	25
Documentación médica electrónica	25
Entidades contratistas podrían contactarle	26
Recursos Educativos	
Próximos eventos educativos	27

Parte A	
Hospital	
Cambios a FY 2012 IPPS	28
Actualización de octubre de 2011 al OPPS	28
Datos corregidos de PPS Pricer	29
Pagos Prospectivos	
Actualización anual de IRF PPS	29
Especificaciones de versión 12.3 I/OCE	30
Actualizaciones del RY 2012 de IRF PPS	30
Actualización de HH PPS	30
Actualización de IPF PPS PC Pricer	31
Actualizaciones PPS PC Pricer FY 2011	31
Centros de Enfermería Especializada	
Actualización de PPS Pricer de SNF	31
Actualización FY 2011 de SNF PC Pricer	32
Información General	
'Rural providers and suppliers'	32
Mejoramiento de calidad ESRD	32
Informe de costo de Medicare	33
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	34
Determinaciones Locales de Cobertura	
Tabla de contenido de LCD Parte A	37
Ordenar materiales de Parte A	47
Contactos Parte A de Puerto Rico	48
Parte B	
Inscripción del Proveedor	
Practicantes necesitan inscribirse	49
Acreditación ADI	49
PQRS	
Accediendo los reportes de comentarios	50
Se aceptan sugerencia mediciones	52
Actualización de pagos 2010 PQRI	53
Información General	
Información del anuncio de remesa	53
Clarificación al proveedor de información	54
Actualización de octubre 2011 del ASC	54
Profesionales pueden participar en PCIP	55
Publicación de servicios quiroprácticos	55
Síntesis de políticas de Medicare	55
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	57
Determinaciones Locales de Cobertura	
Tabla de contenido de LCD Parte B	60
Ordenar materiales de Parte B	72
Contactos Parte B de Puerto Rico	73

Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 9
Septiembre de 2011

Publications staff

Elvyn Nieves
Terri Drury
Rafael Vallesoto
Mark Willett
Robert Petty

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT codes, descriptors, and other data only are copyright© 2010 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2011 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party websites:

This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. FCSO does not control such sites, and is not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

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

Sobre Esta Publicación

Medicare A y B Al Día es una publicación desarrollada por First Coast Service Options Inc. (FCSO) para proveedores en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

El equipo de publicaciones de Asistencia y Educación al Proveedor distribuye *Medicare A y B Al Día* mensualmente.

Las notificaciones importantes que requieren comunicación entre publicaciones serán publicadas en el sitio Web de educación al proveedor de Medicare de FCSO en <http://medicareespanol.fcsoc.com>. En algunos casos, algunos asuntos especiales adicionales que no fueron programados pueden ser publicados.

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

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

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

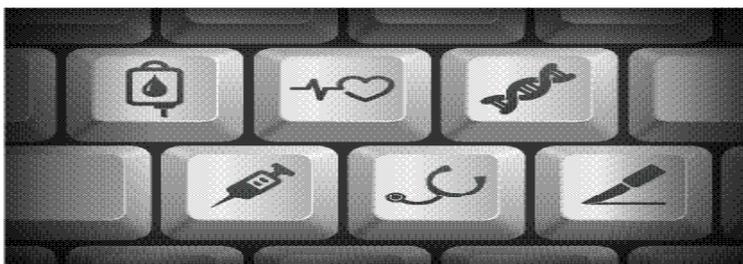
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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



Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

<http://www.cms.gov/QuarterlyProviderUpdates/>.

Los proveedores pueden suscribirse a la lista del correo electrónico de CMS-QPU para asegurarse de recibir a tiempo las notificaciones de todas las adiciones que se hagan a QPU. ❖

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

Facturación

Imposición de facturación trimestral consolidada de códigos HCPCS de SNF actualizada a octubre de 2011

Número de *MLN Matters*: MM7444
Número de petición de cambio relacionado: 7444
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de septiembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R2300CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo se basa en orden de cambio (CR) 7444, sobre actualización trimestral a octubre de 2011 de los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de imposición de facturación consolidada (CB) a centros de enfermería especializada (SNF). CR 7444 da instrucciones a quienes mantienen los sistemas de Medicare, de agregar el código HCPCS J0894 (inyección, decitabine, 1 mg) a la lista de códigos de archivo 1 de SNF CB y servicios de quimioterapia Mayor III.A en archivo de lista de intermediario fiscal (FI)/A/B Medicare contratista administrativo de Medicare (MAC) para servicios a partir del 1 de enero de 2011.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7444, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2300CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2300, CR 7444

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

Actualización anual de 2012 de la tarifa suministrada del factor de coagulación

Número de *MLN Matters*: MM7543
Número de petición de cambio relacionado: 7543
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2279CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7543, del cual se deriva este artículo, anuncia que para el año calendario 2012, la tarifa suministrada del factor de coagulación de \$0.181 por unidad está incluida en el límite de pago publicado para los factores de coagulación. La tarifa será añadida al pago de un factor de coagulación cuando no está publicado el límite de pago para el factor de coagulación en el precio promedio de venta (ASP) o en los archivos de precio de medicamentos que no están clasificados de otra manera (not otherwise classified, NOC).

La tarifa suministrada del factor de coagulación es actualizada cada año calendario basado en el por ciento de incremento en el Consumer Price Index (CPI) para el cuidado médico para el periodo de 12 meses que termina con junio del año anterior.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7543.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7543, 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/R2279CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2279, CR 7543

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 anual 2012 de los códigos HCPCS para la actualización de la facturación consolidada de SNF

Número de *MLN Matters*: MM7552
 Número de petición de cambio relacionado: 7552
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2286CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7552 la cual provee la actualización anual 2012 de los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la facturación consolidada de los centros de enfermería especializada (SNF CB) y cómo las actualizaciones afectan las modificaciones en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare.

Para la primera semana en diciembre de 2011:

- Los médicos y otros proveedores/suplidores que facturan a los carriers, equipo médico duradero (DME), contratista administrativo de Medicare (MAC), o los MAC A/B son informados que los nuevos archivos de código (titulados “2012

carrier/A/B MAC Update”) serán publicados en <http://www.cms.gov/SNFConsolidatedBilling/> en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS); y

- Los proveedores que facturan a los intermediarios fiscales o los MAC A/B son informados que los nuevos archivos en Excel y PDF (titulados “2011 FI/A/B MAC Update”) serán publicados en <http://www.cms.gov/SNFConsolidatedBilling/> en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7552.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7552, 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/R2286CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2286, CR 7552

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

Nueva iniciativa ‘Bundled Payments for Care Improvement’ reducirá los costos y ayudará a los proveedores a coordinar la atención médica

El U.S. Department of Health & Human Services (HHS) anunció una nueva iniciativa para ayudar a mejorar el cuidado de los pacientes mientras éstos están en el hospital y luego de que son dados de alta. Los doctores, hospitales, y otros proveedores del cuidado de la salud ahora pueden solicitar participación en un nuevo programa conocido como la iniciativa “Bundled Payments for Care Improvement” (iniciativa de paquete de pagos). Esta iniciativa fue hecha posible por el Affordable Care Act, la cual alineará los pagos por servicios ofrecidos a través de un episodio de cuidado, tales como bypass del corazón o reemplazo de cadera, en vez de pagar por servicios por separado. El paquete de pagos ofrecerá a los doctores y hospitales nuevos incentivos para coordinar el cuidado, mejorar la calidad de la atención médica, y ahorrar dinero a Medicare.

“Los pacientes no obtienen atención médica de una persona solamente --se necesita un equipo, y esta iniciativa ayudará a asegurar que el equipo está trabajando para el bien común del paciente”, dijo la Secretaria de HHS, Kathleen Sebelius. “La iniciativa del paquete de pagos exhortará a los doctores, enfermeras, y especialistas a coordinar la atención médica. La iniciativa es una parte clave de nuestros esfuerzos para ofrecer a los pacientes una mejor salud, una mejor atención médica, y disminuir los costos”.

Actualmente en Medicare, los hospitales, médicos, y otros profesionales de la salud que proveen atención médica a los beneficiarios, facturan y son pagados por separado por sus servicios. Esta iniciativa de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) unirá la atención médica para un paquete de servicios que el paciente recibe para tratar una condición médica específica durante una estancia de hospital simple y/o recuperación de esa estancia; esto es conocido como un episodio del cuidado. Al unir el pago en los proveedores para múltiples servicios, los proveedores tendrán un mayor incentivo para coordinar y asegurar continuidad de la atención médica en todos los ambientes, resultando en una mejor atención para los pacientes. Una atención mejor coordinada puede reducir servicios duplicados innecesarios, reducir errores médicos prevenibles, ayudar a sanar los pacientes sin causarles daño, y reducir los costos.

Continúa en la página siguiente

Nueva...(continuación)

La iniciativa de pagos unidos está siendo auspiciada por el nuevo “Center for Medicare and Medicaid Innovation” (Innovation Center), el cual fue creado por el Affordable Care Act para llevar a cabo la tarea esencial de encontrar nuevas y mejores formas de proveer y pagar por la atención médica a la creciente población de beneficiarios de Medicare y Medicaid.

Los “request for applications” (RFA) del Innovation Center describen cuatro amplios enfoques de pagos unidos. Los proveedores tendrán la flexibilidad de determinar qué episodios de la atención médica y qué servicios serán unidos en paquete. Al ofrecer a los proveedores la flexibilidad de determinar qué modelos de pagos unidos funcionan mejor para ellos, será más fácil para las organizaciones de tamaños diferentes y grados de preparación para participar en esta iniciativa.

“Esta iniciativa de pago unido responde el gran número de llamadas de las comunidades de hospital y del médico de un enfoque flexible para el mejoramiento de la atención médica del paciente”, dijo el administrador de CMS Donald Berwick, M.D. “En todo el país, muchas de las principales instituciones de la atención médica ya han implementado estos tipos de proyectos y visto resultados positivos”.

La iniciativa de pagos unidos está basada en la investigación y proyectos previos de demostración que sugirieron que este enfoque tiene tremendo potencial. Por ejemplo, una demostración de pago unido de cirugía bypass del corazón ahorró al programa \$42.3 millones, o a penas 10 por ciento de los costos esperados, y ahorró a los pacientes \$7.9 millones de coseguro y al mismo tiempo se mejoró la atención médica y se redujo la mortalidad en los hospitales.

“Desde la perspectiva del paciente, los pagos unidos hacen sentido. Usted quiere que sus doctores colaboren más de cerca con su terapeuta físico, su farmacéutico y los cuidadores de su familia. Pero esa

práctica de sentido común es difícil de lograr sin un sistema de pago que sustente la coordinación sobre la fragmentación y fomente los tipos de relaciones que esperamos que tengan nuestros proveedores de la atención médica”, dijo Dr. Berwick.

Las organizaciones interesadas en solicitar la iniciativa Bundled Payments for Care Improvement deben enviar una carta de intención (letter of intent, LOI) a más tardar el 22 de septiembre de 2011, para el modelo 1, y el 4 de noviembre de 2011, para los modelos 2, 3, y 4. Para más información sobre los varios modelos y la iniciativa, vea el sitio Web de la iniciativa Bundled Payments for Care Improvement en <http://innovations.cms.gov/areas-of-focus/patient-care-models/>.

Las partes interesadas pueden obtener respuestas a las preguntas específicas al enviar un email a CMS en: BundledPayments@cms.hhs.gov.

Esta iniciativa es parte de un amplio esfuerzo de la Administración Obama para mejorar la salud, mejorar la atención médica, y reducir los costos. Un resumen breve de otros esfuerzos, incluyendo aquellos autorizados por el Affordable Care Act, pueden encontrarse en: www.HealthCare.gov/news/factsheets/deliverysystem07272011a.html.

Para más información sobre CMS Innovation Center, favor de visitar: <http://www.innovations.cms.gov>.

Información adicional

Hoja informativa de HHS –<http://www.healthcare.gov/news/factsheets/bundling08232011a.html>
Publicación del *Federal Register* –<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-08-25/pdf/2011-21707.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 201108-44

Prepárese para la licitación competitiva de DMEPOS

Se aproxima la competencia nacional de órdenes por correo y la segunda parte del programa de licitación competitiva de equipo médico durable, prótesis, ortóticos y suministros (DMEPOS) de Medicare.

Verano 2011

- Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) inician el programa de información de pre-licitación del suplidor

Otoño 2011

- CMS anuncia el calendario de licitación
- CMS da inicio al programa de educación al licitante
- Comienza el período de inscripción para obtener ID y contraseña de licitante

Invierno 2012

- Comienza la licitación

Si usted es un suplidor interesado en licitar, prepárese ahora –no espere.

Continúa en la página siguiente

Prepárese...(continuación)

- Actualice su información de contacto: Antes de inscribirse para licitar debe tener actualizada con la cámara de compensación nacional del suplidor (NSC), la información indicada a continuación. Si su archivo no está vigente, usted podría tener demoras en su inscripción y/o podría ser que le fuera imposible inscribirse y licitar. Los suplidores DMEPOS deben revisar y actualizar:
 - Nombre, número de Seguro Social y fecha de nacimiento de todos los funcionarios autorizados (si usted tiene solamente un funcionario autorizado en su archivo de inscripción, considere el agregar uno o más para ayudar con la inscripción y licitación); y
- La dirección postal.

Los suplidores DMEPOS pueden actualizar su inscripción por Internet, utilizando el Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) o utilizando la versión del 11 de julio de 2011 del formulario CMS-855S. Los suplidores que actualmente no están utilizando PECOS pueden aprender más acerca de este sistema accediendo al sitio Web de PECOS (<http://www.cms.gov/MEDICAREPROVIDERSUPENROLL/>) o revisando la hoja informativa PECOS en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_DMEPOS_FactSheet_ICN904283.pdf. Información e instrucciones sobre la manera de presentar un cambio de información por medio de un formulario de inscripción impreso CMS-855S puede encontrarse en el sitio Web de NSC (<http://www.palmettogba.com/nsc>) siguiendo la ruta siguiente: Supplier Enrollment/Change of Information/Change of Information Guide.

- **Obtenga licencia:** Los contratos son solo otorgados a los suplidores que tienen todas las licencias del estado exigidas al momento en que se presenta la licitación. Por lo tanto, antes de presentar una licitación en una categoría de productos en un área de licitación competitiva (CBA), usted debe tener todas las licencias de NSC exigidas por el estado para esa categoría de productos. Cada establecimiento debe tener licencia en cada estado en el que presta servicios. Si usted tiene solamente un establecimiento y está licitando en un CBA que incluye más de un estado, su empresa debe tener todas las licencias exigidas para esa categoría de productos en cada estado de esa CBA. Si usted tiene más de un establecimiento y está licitando en un CBA que incluye más de un estado, su empresa debe tener todas las licencias exigidas para esa categoría de productos en cada estado de esa CBA. Es muy importante que se asegure que las versiones vigentes de cada licencia exigida conste en su archivo de inscripción con NSC antes de que usted licite. Si cualquier licencia exigida está expirada o ausente de su archivo de inscripción, podremos rechazar su licitación. Los suplidores licitantes en la competición nacional de órdenes por correo deben tener las licencias correspondientes en cada uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam y American Samoa.
- **Obtenga acreditación:** Los suplidores deben estar acreditados para todos los artículos de una categoría de productos a fin de que puedan presentar una licitación para esa categoría determinada. Si usted tiene interés en licitar para una categoría de productos y no tiene acreditación vigente, actúe ahora para obtener la acreditación que corresponde. Su organización de acreditación debe informar de todas las actualizaciones de acreditación a NSC. CMS no puede contratar con suplidores no acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS.

Más información acerca de los requisitos de acreditación DMEPOS junto con una lista de las organizaciones de acreditación y de profesionales y otras personas exentas de acreditación puede encontrarse en el sitio Web de CMS: www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/01_Overview.asp.

La fuente oficial de información para licitadores es el contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC). Manténgase informado – para suscribirse a la actualización por medio de email y las últimas noticias acerca del programa de licitación competitiva DMEPOS, visite la Website de CBIC en <http://www.dmecompetitivebid.com>.

El Competitive Bidding Implementatin Contractor (CBIC) es la fuente de información oficial para los licitadores. Manténgase informado –visite el sitio Web de CBIC en <http://www.dmecompetitivebid.com> para suscribirse a las actualizaciones por email y para la última información sobre el programa de licitación competitiva DMEPOS.

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 201109-02, 201108-39

Se anuncia la expansión del programa de licitación competitiva DMEPOS

Número de *MLN Matters*: SE1127

Número de petición de cambio relacionado: NA

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo contiene información importante, proveniente de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) acerca de la próxima fase (ciclo 2 y orden-por-correo a nivel nacional) del programa de licitación competitiva de equipo médico durable, prótesis, ortóticos y suministros de Medicare (DMEPOS). Si está interesado en licitar, prepárese ahora –no espere.

Las categorías de productos del ciclo 2 son:

- Oxígeno, equipo de oxígeno y suministros
- Sillas de rueda estándares (motorizada y manual), motonetas y accesorios
- Nutrientes enteros, equipo y suministros
- Dispositivos de presión de aire continuo positivo (CPAP), dispositivos de ayuda respiratoria (RAD) y accesorios y suministros

- Camas de hospital y accesorios
- Andadores y accesorios
- Bombas de terapia de presión negativa sobre heridas y accesorios y suministros
- Superficies de apoyo (colchones y cobertores de grupo 2)

Actualice su información de contacto: Cierta información de contacto en su archivo de inscripción en la cámara de compensación nacional de suplidores debe ser actualizada antes de que usted se inscriba para licitar. Si su archivo no está vigente, usted puede sufrir atrasos y/o no tener la posibilidad de inscribirse y licitar.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1127.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1127

HIPAA

¿Está preparado para versión 5010?

Se está acabando el verano y el plazo final para la transición a versión 5010 vence en solo cuatro meses más. En la medida en que se acerca la fecha final del 1 de enero de 2012, su transición debería estar bien avanzada. Hay ciertos pasos que deben darse ahora, durante el otoño, para asegurar que se está en el camino correcto para una fácil transición.

Si es un proveedor, usted debe:

- Continuar las pruebas externas y hacer cualquier revisión al sistema en base a pruebas internas anteriores
- Probar aquellas transacciones que se utilizan a diario, tales como determinaciones de reclamaciones y elegibilidad

Si es un pagador, usted debe:

- Continuar coordinando la transición a los nuevos formatos y realizar pruebas con proveedores, cámaras de compensación, servicios de facturación y otros asociados a su negocio
- Completar las pruebas externas y su transición a versión 5010 para el 31 de diciembre de 2011, para alcanzar nivel de cumplimiento II

Si es un vendedor, usted debe:

- Continuar realizando pruebas con asociados externos de versión 5010 con los clientes, para alcanzar nivel de cumplimiento II
- Desarrollar soluciones y proveer apoyo al cliente en la transición a versión 5010 el 1 de enero de 2012, fecha de cumplimiento

Visite el sitio Web de CMS para más información acerca de la [versión 5010](#). Manténgase actualizado sobre versión 5010 e ICD-10. Para las últimas noticias y recursos para ayudarlo en su preparación, visite el [sitio Web de CMS ICD-10](#).

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 201109-33

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 session – 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](#)

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](#)

Continúa en la página siguiente

HIPAA...(continuación)

*

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: Nueva 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 – question & answer session*

Julio 2011

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

Agosto 2011

Agosto 22-26: MAC hosted outreach and education session – troubleshooting with your MAC

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 201109-06

ICD-10

Guía de implementación de ICD-10 en el procesamiento de reclamaciones de servicios de Medicare a-tarifa-fija

Número de *MLN Matters*: MM7492

Número de petición de cambio relacionado: 7492

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2011

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R950OTN

Fecha de implementación: 1 de enero de 2012

Resumen

Este artículo resume los requisitos de procesamiento de reclamaciones de instituciones, profesionales y suplidores y cubre los requisitos generales siguientes:

Reporte general de ICD-10: Así como en códigos ICD-9, proveedores y suplidores tienen que reportar en las reclamaciones, todos los caracteres de un código ICD-10 válido.

Información general de presentación de reclamaciones: Reclamaciones institucionales que contengan códigos ICD-9 por servicios a partir del 1 de octubre de 2013, serán devueltas al proveedor (RTP). Del mismo modo, reclamaciones de profesionales y suplidores que contengan códigos ICD-9 por servicios a partir del 1 de octubre de 2013, serán devueltas como no procesables.

Reclamaciones que sobrepasan la fecha de implementación de ICD-10: Los Centros de Servicios de

Continúa en la página siguiente

Guía...(continuación)

Medicare & Medicaid (CMS) han identificado problemas potenciales de procesamiento de reclamaciones que sobrepasan la fecha de implementación; esto es, donde los códigos ICD-9 están vigentes por la parte del servicio prestados el 30 de septiembre de 2013 y anteriores y donde los códigos ICD-10 están vigentes por la parte del servicio prestados a partir del 1 de octubre de 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7492.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7492, 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/R950OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 950, CR 7492

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 le ayuda a planificar versión 5010 e ICD-10

¿Necesita ayuda con la transición a versión 5010 o para planificar ICD-10? Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado un [interactive timeline widget](#) (mecanismo interactivo de plazos) que está disponible en las páginas de cumplimiento de plazos de ICD-10 y versión 5010 de CMS. Esta herramienta fácil de utilizar puede ayudarle a usted y a su organización a:

- Entender que debería estar haciendo en este momento para prepararse para cambio a versión 5010 e ICD-10
- Saber qué pasos debe dar en el futuro y cuándo debe hacerlo
- Estar sobre los plazos de la próxima transición a modo de ayuda para manejar el proceso de implementación

El contenido del mecanismo está hecho a la medida con información específica para grupos grandes y pequeños de proveedores, pagadores y vendedores. También hay versiones fáciles de imprimir de la información de los plazos, para descargar y utilizar como listas de control.

CMS tiene también [nuevos recursos](#) para ayudarle en su transición, incluyendo hojas informativas y preguntas frecuentes tanto para versión 5010 como para ICD-10. Con el plazo final de versión 5010 acercándose rápidamente, es importante sacar provecho ahora de estos nuevos recursos para asegurar que está en el camino correcto.

Las transiciones a versión 5010 e ICD-10 implican preparaciones significativas y cambios a sistemas y negocios a través de la industria de cuidados de la salud. CMS está comprometido a ayudarle a prepararse mejor para versión 5010 e ICD-10.

Manténgase al día en versión 5010 e ICD-10

Visite el [sitio Web de ICD-10](#) de CMS para enterarse de las últimas noticias y recursos que le ayudarán a prepararse y visite la página de cumplimiento de los plazos de versión 5010 para descargar y compartir hoy el mecanismo.

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 201109-25

Inscripción del Proveedor

Publicación de las nuevas y revisadas solicitudes CMS-855 de inscripción del proveedor-suplidor de Medicare

El U.S. Office of Management and Budget recientemente aprobó los cambios a las solicitudes de inscripción del proveedor-suplidor de Medicare (CMS-855) para actualizarlas de las versiones de 2008, como también el nuevo formulario de solicitud CMS-855O utilizado para el solo propósito de inscribir, ordenar, y referir artículos y/o servicios a los beneficiarios de Medicare. Los formularios nuevos y revisados ahora están disponibles en el sitio Web del proveedor-suplidor de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.CMS.gov/CMSForms/CMSForms/list.asp?filtertype=dual&filtertype=keyword&keyword=855>.

Los proveedores y suplidores que se inscriben con el único propósito de ordenar y referir son requerido que comiencen a utilizar el nuevo formulario CMS-855O inmediatamente. Los proveedores y suplidores que utilizan otros formularios CMS-855 para inscribirse en Medicare son exhortados a comenzar a utilizar los formularios revisados, aunque pueden continuar utilizando los formularios anteriores hasta octubre 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 201108-40

Hoja informativa modificada: Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers

La publicación titulada *Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers*, disponible en el *Medicare Learning Network*® en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_OrderReferProv_FactSheet_ICN906223.pdf, fue modificada de manera de eliminar “Doctors of Chiropractic Medicine” de la lista de proveedores facultados para ordenar/referir, como se indica en las directivas técnicas que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) impartieron el viernes 12 de agosto. CMS va a re-emitir las políticas al respecto lo más pronto posible. Esta hoja informativa ha sido diseñada para educar acerca de los requisitos de inscripción de Medicare para proveedores facultados para ordenar/referir. Incluye información sobre los tres requisitos básicos para hacerlo y quien puede ordenar y referir agencias de servicios de salud a domicilio de Medicare Parte A, Parte B y servicios al beneficiario de equipo médico durable, prótesis, ortóticos y suministros (DMEPOS).

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 201109-01

Todos los pagos a proveedores y suplidores de Medicare serán hechos por EFT

Las reglamentaciones existentes en 42 CFR 424.510(e)(1)(2) exigen que al momento de inscripción, revalidación o solicitud de cambio de inscripción, los proveedores y suplidores que esperan recibir pago de Medicare por los servicios prestados, deben también aceptar el recibo de pagos de Medicare por medio de transferencias electrónicas de fondos (EFT). Sección 1104 de Affordable Care Act of 2010 (ACA) expande Sección 1862 (a) of the Social Security Act ordenando que los pagos a proveedores y suplidores federales, sean efectuados solamente por medios electrónicos. Como parte de los esfuerzos de revalidación, serán identificados todos los suplidores y proveedores que no están recibiendo actualmente pagos mediante transferencias electrónicas de fondos (EFT) y se les exigirá presentar el formulario CMS-588 EFT junto con la solicitud de revalidación de inscripción del proveedor.

Fuente: CMS PERL 201109-29

La revalidación de inscripción del proveedor no afecta la rutina del proceso de inscripción – continúe presentando cambios de inscripción rutinarios

Note que el esfuerzo de revalidación de inscripción del proveedor de Medicare no altera otros aspectos del proceso de inscripción. Proveedores deberá continuar presentando cambios de rutina –actualizaciones de dirección, reasignaciones, prácticas agregadas, cambios de funcionarios autorizados, actualizaciones de información, etc. –como lo han hecho siempre. Si usted recibe un pedido de revalidación de su contratista administrativo de Medicare (MAC), responda ese pedido por separado. No presente su revalidación hasta que su MAC se lo solicite.

Todos los proveedores y suplidores inscritos en el programa Medicare antes del viernes, 25 de marzo de 2011, tendrán su inscripción revalidada bajo el nuevo criterio de revisión requerido por Affordable Care Act (Sección 6401a). **No** envíe formularios de revalidación de inscripción hasta que su MAC se lo solicite. Usted recibirá una notificación de revalidación entre hoy y marzo de 2013.

Para más información sobre revalidación de inscripción del proveedor, vea el artículo del *Medicare Learning Network*® [special edition article #SE1126](#) 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 201109-31

Tarifa Fija

Demostración de laboratorio para ciertas pruebas complejas de diagnóstico – reemplaza la petición de cambio 7278

Número de *MLN Matters*: MM7413 – Rescindido
 Número de petición de cambio relacionado: 7413
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de julio de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2226CP y R74DEMO
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo fue reemplazado el 29 de julio por el artículo MM7516 del *MLN Matters*, el cual está disponible en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7516.pdf>.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7413, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2226CP.pdf>.

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

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

Actualización de octubre a la base de datos del 2011 Medicare physician fee schedule

Número de *MLN Matters*: MM7528

Número de petición de cambio relacionado: 7528

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2276CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7528, la cual instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar un nuevo Medicare physician fee schedule database (MPFSDB) a partir del 3 de octubre de 2011.

No existen códigos nuevos o eliminados Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Sin embargo, existe un número de códigos HCPCS con cambios de indicador de pago MPFS. Estos cambios están listados en la tabla anexada al [CR 7528](#).

Los contratistas de Medicare no buscarán sus archivos para ajustar las reclamaciones ya procesadas antes de la implementación de estos cambios. Sin embargo, los contratistas ajustarán cualquier reclamación impactada que usted señale a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7528.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7528, 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/R2276CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2276, CR 7528

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.

Los archivos de precios promedio de ventas de octubre de 2011 están disponibles

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado los precios promedio de ventas (ASP) y archivos de precios cruzados no clasificados de otra manera (NOC), de octubre de 2011. Los archivos de precios ASP y equivalencias para julio, abril y enero de 2011 y octubre de 2010 han sido también actualizados. Todos ellos están disponibles en: <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (ver menú de la izquierda por enlace a años específicos).

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 201109-42

Información General

MRI realizado en pacientes con marcapasos que son aprobados por la FDA para el uso en el ambiente de MRI

Número de *MLN Matters*: MM7441
 Número de petición de cambio relacionado: 7441
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de septiembre de 2011
 Fecha de efectividad: 7 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2307CP y R135NCD
 Fecha de implementación: 26 de septiembre de 2011

Resumen

El 8 de febrero de 2011, la organización Food and Drug Administration (FDA) concedió aprobación del primer marcapasos diseñado para el uso en el ambiente de imagen de resonancia magnética (MIR) para ciertos exámenes de MRI.

Medicare ha concluido, basado en evidencia, que los MRI mejoran los resultados de salud para los beneficiarios con marcapasos implantados (MP), cuando los PM son usados de acuerdo la etiquetación aprobada de la FDA para el uso en un ambiente de MRI.

Para atestiguar que la documentación se encuentra en archivo y que verifica que los requisitos de etiquetación aprobada por la FDA son cumplidos, el proveedor envía el modificador KX en las líneas de la reclamación. Esto es necesario solamente para las reclamaciones que no están asociadas con las pruebas clínicas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7441.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7441, 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/R135NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 135, CR 7441

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 para octubre de 2011

Número de *MLN Matters*: MM7507 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7507
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de septiembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2298CP
 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.

La petición de cambio (CR) 7507 implementa revisiones del sistema de Medicare para asegurar que los servicios de ambulancia que están sujetos a las reglas de facturación consolidada.

Cambios...(continuación)**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/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/R2298CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2298, 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.

Tarifas máximas permitida de viaje de Medicare para la colección de especímenes

Número de *MLN Matters*: MM7526 – Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7526

Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de septiembre de 2011

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2306CP

Fecha de implementación: 29 de noviembre de 2011

Resumen

La cuota máxima permitida de viaje tiene la intención de cubrir los costos de viaje estimados para la colección de un espécimen, incluyendo el salario del técnico de laboratorio y los gastos del viaje. Cuando un viaje es hecho para múltiples colecciones de espécimen (e.g., en un centro de enfermería), el componente de pago de viaje es prorrateado basado en el número de especímenes colectados en ese viaje para los pacientes de Medicare y los que no lo son.

La cuota máxima permitida de viaje por milla (P9603) para los servicios a partir del 1 de julio de 2011, es \$1.005 por milla y la cuota máxima permitida de viaje en base a tarifa fija de viaje (P9604) es \$10.05. **El pago de la cuota máxima permitida es realizado solamente si la tarifa de una colección de espécimen también es pagable.**

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7526.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7526, 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/R2306CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2306, CR 7526

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

Hoja informativa revisada ‘The Medicare Overpayment Collection Process’

La hoja informativa *The Medicare Overpayment Collection Process*, la cual incluye la definición de sobrepago de un médico o suplidor y la información sobre el proceso de colección de sobrepago, ha sido revisada y está ahora disponible en formato para descargar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/OverpaymentBrochure508-09.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 201108-42

Disponible en formato impreso: Tobacco-Use Cessation Counseling Services

El folleto *Tobacco-Use Cessation Counseling Services* está ahora disponible en formato impreso en el *Medicare Learning Network*®. Este folleto está diseñado para proveer educación sobre los servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo> en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), busque “Related Links Inside CMS”, 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 201109-01

Más flexibilidad en e-Prescribing significa un éxito mayor

Por Patrick Conway, M.D., MSc, CMS Médico Jefe y Director de Office of Clinical Standards & Quality

La prescripción electrónica juega un papel vital en mejorar los cuidados del paciente y ayuda a nuestro sistema de cuidados de la salud a ser más eficiente. Por medio de la prescripción electrónica, los proveedores pueden manejar mejor las prescripciones del paciente, reduciendo interacciones de medicinas u otros errores predecibles en las prescripciones. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han hecho varios cambios en la reglamentación final recientemente entregada del programa de incentivo de prescripción electrónica (eRx) de 2011 los que alentarán a más médicos y otros profesionales de la salud a adoptar esta tecnología y les dará más flexibilidad para ayudarlos a tener éxito. En particular, los cambios reconocerán mejor aquellas circunstancias en que la posibilidad de que los profesionales cumplen los requisitos de eRx es limitada y cuando los requisitos presentan claramente dificultades significativas.

Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) requería un ajuste de pagos, a partir de 2012, para los profesionales elegibles que no tienen éxito en el uso de prescripción electrónica. Después de que se publicó 2011 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) Final Rule el otoño último, CMS se enteró de circunstancias adicionales que podrían impedir a médicos y otros profesionales de la salud tener éxito en la prescripción electrónica. Por ejemplo, algunos proveedores no estaban seguros de si la tecnología de registro de salud electrónica certificada (EHR) requerida por los programas de incentivo de

EHR de Medicare y Medicaid es también un sistema de prescripción electrónica “calificado” como lo requiere el programa de incentivo eRx de Medicare. Otros proveedores indicaron otras situaciones de dificultades no consideradas en la reglamentación final de MPFS de 2011.

He aquí como CMS está enfrentando estas dificultades adicionales:

- CMS está modificando las mediciones de prescripción electrónica de 2011 para decir que para los propósitos del programa de incentivo eRx de Medicare, un sistema de prescripción electrónica calificada incluye la tecnología EHR certificada bajo los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid.
- CMS ha agregado cuatro excepciones de dificultad adicional significativa que liberan a los profesionales del ajuste de pagos de 2012:
 1. Profesionales elegibles que se inscriben para participar en el programa de incentivo EHR de Medicare o Medicaid y adoptan la tecnología EHR certificada;
 2. Profesionales elegibles que no pueden prescribir en forma electrónica debido a leyes o reglamentos locales, estatales o federales;
 3. Profesionales elegibles que tienen una actividad de prescripción limitada; y

Continúa en la página siguiente

Más...(continuación)

4. Profesionales elegibles que tienen oportunidades insuficientes para reportar mediciones de prescripción electrónica debido a limitaciones del denominador de mediciones.
- Las dos excepciones actualmente disponibles para los profesionales son
 1. Profesional o asociados elegibles, en áreas rurales con acceso insuficiente a Internet de alta velocidad; y
 2. Profesional o asociados elegibles, en áreas con insuficientes farmacias disponibles para prescripción electrónica.

Enlaces:

Federal Register URL: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-09-06/pdf/2011-22629.pdf>.

El URL para el blog es:

<http://blog.cms.gov/2011/08/31/greater-flexibility-in-e-prescribing-means-greater-success/>.

Sitio Web del URL de la reglamentación final del programa de incentivo de eRx: <http://www.cms.gov/ERXincentive/>.

Ver *CMS Fact Sheet*.

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 201109-03

Reportes sobre el programa de incentivo de eRx 2010 disponibles para ser descargados

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que los reportes con opiniones y comentarios del programa de incentivo de prescripción electrónica (eRx) de 2010 están disponibles para ser descargados en Physician and Other Health Care Professionals Quality Reporting Portal (the Portal) disponible en QualityNet en <http://www.qualitynet.org/pqri>.

Los reportes en el portal, a nivel de número de identificación del contribuyente (TIN) requieren una cuenta de Individuals Authorized Access to CMS Computer Services (IACS).

Los profesionales elegibles pueden solicitar su reporte a nivel de National Provider Identifier (NPI) a través del procedimiento alternativo de cumplimiento de reporte de opiniones y comentarios, contactando a su contratista de Parte B de Medicare o a su contratista administrativo de Medicare (MAC) para solicitar reportes individuales a nivel de NPI.

Los siguientes recursos de CMS están disponibles para ayudar a los profesionales elegibles a entender su reporte de opiniones y comentarios eRx de 2010: [A Guide for Understanding the 2010 eRx Feedback Report \[PDF 2MB\]](#).

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 201109-04

Están listos los resultados de 2011 MCPSS

Están disponibles los resultados de la sexta encuesta anual de satisfacción del proveedor Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS) realizada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Esta encuesta ofrece a los proveedores a tarifa fija (FFS) de Medicare la oportunidad de hacer llegar a CMS opiniones acerca de su grado de satisfacción, actitudes, percepciones y opiniones sobre los servicios provistos por sus respectivos contratistas. Específicamente, los encuestados catalogan a los contratistas Medicare FFS en siete funciones clave de la relación de negocios entre el proveedor y el contratista: consultas del proveedor, educación y extensión al proveedor, procesamiento de reclamaciones, apelaciones, inscripción del proveedor, revisión médica y auditoría y reembolso al proveedor. MCPSS fue distribuida en una muestra al azar de 30,000 proveedores y suplidores Medicare FFS que prestan servicios a beneficiarios Medicare en todo el país.

Para aprender más sobre los resultados, visite la página Web de CMS www.cms.gov/MCPSS.

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 201109-07

Calendario de presentaciones de Medicare Learning Network® al proveedor

Marquen sus calendarios. *Medicare Learning Network*® estará presentando conferencias en las próximas semanas a los proveedores de la salud siguientes:

[Healthcare Billing & Management Association – 2011 Annual Fall Conference](#)

Miércoles, 14 a viernes 16 de septiembre
Bellagio Hotel, Las Vegas, NV
Booth #217

[American Academy of Family Physicians Scientific Assembly](#)

Miércoles, 14 a sábado 17 de septiembre
Orange County Convention Center, Orlando, FL
Booth #249

[2011 Congress of Neurological Surgeons Annual Meeting](#)

Sábado, 1 a jueves 6 de octubre
Walter E. Washington Convention Center, Washington, DC
Booth #704

[National Association for Home Care & Hospice 30th Annual Meeting & Exposition](#)

Sábado, 1 a miércoles 5 de octubre
Mandalay Bay Resort and Casino, Las Vegas, NV
Booth #362

[American Health Information Management Association Conference](#)

Domingo, 2 a miércoles 5 de octubre
Salt Palace Convention Center, Salt Lake City, UT
Booth #1631

[2011 American Medical Billing Association Conference](#)

Jueves, 13 a viernes 14 de octubre
Planet Hollywood Resort and Casino, Las Vegas, NV
Booth #11

[West Virginia Rural Health Conference](#)

Miércoles, 26 a viernes 28 de octubre
Lakeview Golf Resort & Spa, Morgantown, WV

Sírvase tomar nota de estas fechas y localidades y agréguelas a su calendario. Si tiene interés en tener una presentación de *Medicare Learning Network* dentro de sus actividades, contáctenos a 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 201109-12

Septiembre es el mes de alerta del cáncer de próstata

Únase a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para incrementar el alerta y el conocimiento sobre el cáncer de próstata y los exámenes de detección del cáncer de próstata cubiertos por Medicare. El cáncer de próstata es el cáncer más común en hombres y la segunda causa principal de muertes por cáncer entre los hombres en los Estados Unidos, después del cáncer del pulmón. Medicare provee cobertura de dos tipos de examen de detección de cáncer de próstata.

Medicare provee cobertura para los exámenes digitales del recto (digital rectal exams, DRE) y pruebas de sangre “prostate-specific antigen” (PSA) una vez cada 12 meses para todos los beneficiarios del sexo masculino de 50 años de edad o más. El DRE debe ser realizado por un médico o profesional de la salud que está autorizado bajo la ley del estado a realizar la examinación; la prueba de sangre PSA debe ser ordenada por el doctor del paciente o el profesional de la salud calificado. Ambas pruebas de detección están cubiertas bajo Medicare como un beneficio de Medicare Parte B.

¿Qué puede hacer usted?

Como un proveedor de cuidados de la salud para los hombres con Medicare usted puede ayudar a los pacientes a realizar una decisión informada sobre los exámenes de detección del cáncer de próstata:

- Hable con sus pacientes sobre la naturaleza y riesgo del cáncer de próstata.
- Comparta información actual sobre los exámenes de detección del cáncer de próstata con ellos.
- Infórmelos sobre los exámenes de detección de próstata cubiertos por Medicare que pueden ser apropiado para ellos.

Para más información

[The Guide to Medicare Preventive Services, Chapter 12](#)

[Medicare Preventive Services Quick Reference Information Chart](#)

[Cancer Screenings Brochure for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Healthcare Professionals](#)

[Center for Disease Control and Prevention Prostate Cancer website](#)

[Prostate Cancer Awareness Month website](#)

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 201109-16

Están disponibles los materiales de la teleconferencia nacional del proveedor acerca del examen físico preventivo inicial y visita anual de bienestar

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ofrecieron, el jueves 21 de julio, una teleconferencia titulada “The ABCs of the Initial Preventive Physical Examination and Annual Wellness Visit”. Los materiales de la teleconferencia están disponibles e incluyen la presentación utilizada en ella, las respuestas de CMS a las preguntas sobresalientes, transcripción de la conferencia (cabe hacer notar que varias clarificaciones posteriores se han incluido dentro de la transcripción acerca de la información dada en la conferencia) y la grabación de lo dicho en la conferencia.

Todos los materiales de esta teleconferencia pueden encontrarse en la sección “Downloads” de <http://www.CMS.gov/MLNProducts/MLM/itemdetail.asp?itemID=CMS1249934>.

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 201109-17

Se publicó la reglamentación final del programa de incentivo 2011 Medicare eRx

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que [2011 Medicare electronic prescribing \(eRx\) incentive program final rule](#) (reglamentación final del programa de incentivo de prescripción médica electrónica) fue publicada en *Federal Register* el 6 de septiembre de 2011.

Para ayudar a los profesionales elegibles y asociaciones médicas a entender las disposiciones clave y el impacto de la reglamentación final del programa de incentivo 2011 Medicare eRx, se ha puesto [A Quick Reference Guide](#) en el sitio Web de programa de incentivo eRx en la página “Educational Resources (recursos educativos)”. Preguntas frecuentes (FAQ) acerca de la reglamentación final de 2011 eRx, así como otra información y recursos acerca del programa de incentivo, pueden encontrarse en el sitio Web del programa de incentivo eRx en <http://www.cms.gov/ERxIncentive/>.

¿Cuáles son los cambios clave hechos en la reglamentación final?

- La reglamentación final modifica las mediciones de calidad de eRx utilizadas en ciertos períodos de reporte durante el año (CY) 2011.
- La reglamentación final presenta categorías de excepción significativa adicionales a profesionales elegibles y agrupaciones de médicos, para solicitar durante 2011 una excepción del ajuste de pago 2012 de eRx debido a dificultades significativas: (1) profesionales elegibles que se inscriban para participar en el programa de incentivo EHR de Medicare o Medicaid y adopten tecnología EHR certificada; (2) profesionales elegibles que no pueden prescribir electrónicamente debido a leyes o regulaciones locales, estatales o federales; (3) profesionales elegibles que tienen actividades de prescripción limitadas; y (4) profesionales elegibles que tienen oportunidades insuficientes de reportar

las mediciones eRx debido a limitaciones del denominador de mediciones.

Las dos excepciones por dificultades actualmente disponibles para los profesionales son (1) profesionales elegibles o agrupaciones de médicos en áreas rurales con acceso insuficiente a Internet de alta velocidad; y (2) profesionales elegibles o agrupaciones de médicos en áreas con insuficientes farmacias disponibles para prescripción electrónica.

- La reglamentación final extiende el plazo para solicitar excepciones por dificultades significativas, hasta el 1 de noviembre de 2011.
- La reglamentación final permite a los proveedores reportar excepciones al ajuste de pago 2012 eRx, por dificultades significativas, por medio de una herramienta para profesionales elegibles, basada en Internet o por medio de carta enviada por correo por un grupo de médicos que estén participando en la opción de reporte de 2011.

¿Qué impacto inmediato tiene esto en mí?

En este momento, los profesionales elegibles y agrupaciones de médicos deben determinar si están sujetos al ajuste de pagos de 2012 eRx. Un profesional elegible no estará sujeto al ajuste de pago 2012 eRx si se encuentra en uno de los casos siguientes:

- El profesional elegible no es médico (M.D., D.O., o podiatra), enfermera practicante o asistente médico al 30 de junio de 2011, (esta determinación se basa en el código de taxonomía primaria del National Plan and Provider Enumeration System (NPPES)) y por lo general no tiene privilegios de prescripción y ha reportado

Continúa en la página siguiente

Reglamentación...(continuación)

el código-g G8644 (definido como carente de privilegios de prescripción) por lo menos una vez en una reclamación elegible, antes del 30 de junio de 2011;

- El profesional elegible no tiene por lo menos 100 casos (i.e., reclamaciones por servicios a pacientes) conteniendo un código de atención que caiga dentro del denominador de mediciones de eRx por fechas de servicios entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2011;
- Los cargos permitidos al profesional elegible por servicios profesionales con cobertura presentados por el código denominador de mediciones de prescripciones es menor al 10 por ciento de los cargos permitidos al total de profesionales elegibles 2011 Medicare Parte B PFS;
- El profesional elegible ha reportado uno de los códigos de dificultad actualmente finalizado (ver párrafo 2 bajo cambios clave más arriba) al 30 de junio de 2011 y CMS determina que el código de dificultad corresponde y es otorgado como una excepción; o
- El profesional elegible llega a ser un prescriptor electrónico exitoso para propósitos de ajuste de pago 2012 al reportar mediciones eRx en las reclamaciones por al menos 10 eventos únicos de prescripción electrónica a pacientes en el denominador de mediciones entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2011.

Una agrupación de médicos que se auto-proclamó y fue seleccionada para participar en la opción de reporte de agrupaciones médicas de 2011 eRx (GPRO) no estará sujeta al ajuste de pago 2012 eRx si se encuentra en uno de los casos siguientes:

- La agrupación de médicos ha reportado uno de los dos códigos de dificultad significativa actualmente finalizados (ver párrafo 2 bajo cambios clave más arriba) en su carta de auto-proclamación de 2011 para participación en la opción de reporte de agrupaciones médicas en el programa de incentivo eRx y se le ha otorgado la excepción; o
- La agrupación de médicos llega a ser un prescriptor electrónico exitoso. La agrupación de médicos llega a ser un prescriptor electrónico exitoso para propósitos de ajuste de pago 2012 al reportar las mediciones eRx en reclamaciones entre 75-2,500 eventos eRx únicos, (dependiendo del tamaño de la agrupación de médicos) para pacientes dentro del denominador de mediciones, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2011.

¿Qué debo hacer si creo que estoy sujeto al ajuste de pagos 2012 eRx?

Si cree estar sujeto al ajuste de pago 2012 eRx, usted debe determinar si cumple con alguna de las excepciones por dificultades que CMS ha finalizado. Si siente que cumple una de las excepciones por dificultades, tiene hasta el 1 de noviembre de 2011 para presentar su solicitud de excepción por dificultades y las razones correspondientes.

¿Cómo presento una solicitud de excepción al ajuste de pago 2012 eRx por dificultades significativas?

CMS ya no acepta solicitudes de excepción, dentro de las reclamaciones, al ajuste de pago 2012 eRx por dificultades significativas. Sin embargo, estamos aceptando solicitudes de excepción por dificultades significativas por otros conductos. A continuación están los pasos que usted debe dar para solicitar una excepción por dificultades significativas. Note que la acción requerida es diferente dependiendo de si usted es un profesional elegible individualmente o una agrupación médica.

- Si usted es un profesional individual elegible: Utilice la página Web del proveedor de CMS: [Quality Reporting Communication Support Page](#), para ingresar la solicitud y razones que la sustentan. Su solicitud debe estar presentada el 1 de noviembre de 2011. El [Quality Communications Support Page User Manual](#) está disponible para responder las preguntas que pudiesen tener los profesionales elegibles.
- Si usted es miembro de una agrupación médica (GPRO): Las agrupaciones médicas seleccionadas para participar en la opción de reporte 2011 GPRO I o II que desean presentar una solicitud de excepción 2012 deben presentar una carta a:
Significant Hardship Exemptions, Centers for Medicare & Medicaid Services
Office of Clinical Standards and Quality, Quality Measurement and Health Assessment Group
7500 Security Boulevard, Mail Stop S3-02-01
Baltimore, MD 21244-1850.

Esta carta debe tener sello de ingreso postal a más tardar el 1 de noviembre 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 201109-23

Folleto sobre inmunizaciones preventivas revisado

Este folleto está destinado a educar acerca de los beneficios de la vacuna de Medicare en contra de la influenza, neumococos y hepatitis B. Para ordenar una copia impresa, visite la página *Medicare Learning Network*[®] (MLN) Product Ordering, en http://CMS.meridianksi.com/kc/pfs/pfs_Inkfrm_fl.asp?lgnfrm=reqprod&function=pfs. El folleto puede encontrarse en la sección “Medicare Preventive Services” (ICN 006435).

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 201109-28

Actualizaciones del *Medicare Learning Network*[®]

Ha sido entregada la herramienta educacional “Contractor Entities At A Glance”

El *Medicare Learning Network*[®] (MLN) ha entregado un nuevo producto titulado Contractor Entities At A Glance: Who May Contact You About Specific Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Activities, para educar acerca de las definiciones y responsabilidades de las entidades relacionadas con diversas actividades de adjudicación de reclamaciones. Esta herramienta educacional, disponible en formato descargable de http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/ContractorEntityGuide_ICN906983.pdf, incluye un gráfico que señala cada entidad según su tipo, definiciones, responsabilidades y motivos para contactar proveedores. Este producto estará disponible en una fecha próxima en copia impresa de MLN[®].

Folleto revisado “Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN) Part A and Part B”

Este folleto tiene por finalidad educar acerca de ABN. Incluye información de cuándo debe ser utilizado y cómo debe ser completado. Para ordenar, visite la página MLN Product Ordering, en http://CMS.meridianksi.com/kc/pfs/pfs_Inkfrm_fl.asp?lgnfrm=reqprod&function=pfs. El folleto puede ser encontrado en la sección “General Medicare Program Information” (ICN 006266).

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 201109-28

Retraso en la implementación de ajustes automatizados de Medicare como pagador secundario (CR 6625)

El viernes, 1 de julio, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementaron la petición de cambio (CR) 6625 que creó un proceso sistemático en el cual Medicare automáticamente reabre/ajusta ciertas reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP) cuando el registro de las reclamaciones MSP del beneficiario fue eliminada o en una fecha de terminación fue aplicada a un registro MSP abierto del beneficiario. Este proceso automático ya no necesita que los médicos, proveedores, y suplidores contacten a sus contratistas de Medicare para ajustar o reprocesar estos tipos de reclamaciones MSP. CMS informó a los médicos, proveedores, y suplidores de estos cambios a través de un mensaje de Listserv.

Debido a problemas con los sistemas que actualmente afectan el CR 6625, CMS instruyó a sus contratistas administrativos de Medicare A/B, contratistas administrativos de Medicare de equipo médico duradero, y contratistas (intermediarios fiscales (FI) y carriers) a suspender inmediatamente todas las acciones sobre este CR. Esto significa que nuestros contratistas de Medicare no son capaces de reabrir ajustar automáticamente las reclamaciones cuando Medicare toma acción para eliminar o terminar un registro MSP previamente existente. Los médicos, proveedores, y suplidores deben revertir al proceso anterior del 1 de julio y contactar a su contratista de Medicare para solicitar reaperturas/ajustes de reclamaciones que fueron previamente consideradas MSP. Por lo tanto, si usted tiene reclamaciones que fueron procesadas desde el 1 de julio que necesitan ser reabiertas/ajustadas debido a que Medicare ahora es el pagador primario, usted debe contactar a su contratista de Medicare para solicitar esa acción.

CMS alertará a los médicos, proveedores, y suplidores una vez los problemas actuales ligados a la implementación del CR 6625 hayan sido resueltos.

Fuente: CMS PERL 201109-35

Están disponibles los materiales de la teleconferencia nacional del programa de incentivo EHR del 14 de julio

¿Sabía usted que los proveedores recibieron durante el mes de julio pagos de cerca de \$400 millones de parte de Medicare y Medicaid por incentivos de registros de salud electrónicos (EHR)? No se quede atrás. Aprenda lo que necesita para ser elegible para incentivo.

El jueves 14 de julio, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ofrecieron una teleconferencia nacional al proveedor titulada “Medicare & Medicaid EHR Incentive Program Basics for Eligible Professionals”. Los materiales de esta teleconferencia están disponibles e incluyen la presentación, transcripción y grabación de la misma.

La agenda de esta teleconferencia ha incluido:

- ¿Quién es elegible?
- ¿A cuánto ascienden los incentivos y cómo se calculan?
- ¿Cómo se comienza?
- ¿Cuáles son los mayores hitos con respecto a participación y pago?
- ¿Cómo se reporta un uso significativo?
- ¿Dónde se encuentran los recursos de ayuda?
- Una sesión de preguntas y respuestas

Todos los materiales de esta teleconferencia pueden ser encontrados en el sitio Web CMS EHR, en la página de Educational Materials: http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/Downloads/EP_Basics_for_July2011.zip.

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 201109-37

Presentación de webinar EHR del 30 de agosto acerca de CQM

El 30 de agosto, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) sostuvieron una webinar para debatir mediciones de calidad clínica (CQM) y la manera de reportarlas correctamente durante el Escenario 1 de uso significativo de los programas Medicare and Medicaid Electronic Health Record (EHR) Incentive Programs.

Un PDF de la webinar está disponible para ser descargado de la sección [Spotlight and Upcoming Events](#) de la página Web Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs.

La presentación incluyó información acerca de:

- Una síntesis de CQM
- Cómo reportar durante testimonio de CQM
- Por qué se incluye CQM en los programas de incentivo EHR

La webinar incluye además una sesión de preguntas y respuestas de una hora de duración con expertos CMS en la materia. En las próximas semanas, estará disponible en línea, una transcripción de estas preguntas y respuestas junto con video de la webinar.

CMS planea ofrecer pronto otra webinar CQM. Esté atento a las actualizaciones acerca de cómo puede integrarse a estas sesiones informativas.

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

Para las últimas noticias y actualizaciones de los programas de incentivo EHR, asegúrese de visitar [Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs 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 201109-38

HHS ...(continuación del artículo de portada)

de pacientes a los reportes de resultados de sus pruebas de laboratorio. Por lo tanto, los pacientes que residen en 26 estados sin leyes autorizando la entrega directa a los pacientes de sus resultados de prueba y aquellos que residen en 13 estados que tienen expresamente prohibido la entrega directa, no tienen acceso a su información médica completa.

Disposiciones de la regla propuesta

La regla propuesta modificará las regulaciones de CLIA para permitir a los laboratorios dar a los pacientes que lo soliciten, sus reportes de resultados de pruebas individuales. Al mismo tiempo, la regla propuesta eliminará la excepción de la Privacy Rule sobre acceso a reportes de resultados de pruebas de laboratorio individuales. La Privacy Rule modificada, reemplazará, a su vez, leyes contrarias de los estados al acceso de los pacientes a reportes de resultados de laboratorio.

La regla propuesta puede ser descargada del Federal Register Inspection Desk, en www.ofr.gov/inspection.aspx. Se aceptarán comentarios por 60 días y una regla final, dando respuesta a los comentarios será publicada más adelante, este año.

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 201109-40



Están disponibles los precios de vacuna por influenza estacional 2011-2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han publicado los límites de pago de vacuna por influenza estacional 2011-2012 en http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/10_VaccinesPricing.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 201109-41

Proyecto piloto de presentación electrónica de documentación médica

Número de *MLN Matters*: SE1110
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

El proyecto piloto de envío electrónico de documentación médica de Medicare (esMD) da a algunos proveedores un nuevo mecanismo para presentar documentación médica a los contratistas que la revisan. En <http://go.usa.gov/kr4> se puede encontrar una lista de los contratistas revisores que aceptarán transacciones esMD. El plan piloto esMD comenzará en septiembre de 2011. El intento prioritario de esMD es reducir los costos del proveedor y el ciclo de tiempo, minimizando y eventualmente eliminando el papel en el procesamiento y envío postal de la documentación médica a los contratistas revisores. Una meta secundaria de esMD es reducir costos y tiempo a los contratistas revisores. Con la finalidad de enviar documentación médica por medios electrónicos a contratistas revisores, proveedores

de Medicare, incluyendo médicos, hospitales y suplidores, debe obtenerse acceso a un portal compatible con CONNECT.

Ciertos proveedores más grandes, tales como cadenas de hospitales, podrían preferir construir su propio portal. Muchos proveedores pueden preferir obtener servicios de portal por medio de un contrato u otro tipo de arreglo con un Health Information Handler (HIH) que ofrezca servicios de portal esMD. Se puede encontrar una lista actualizada de HIHs que han sido aprobados por CMS para ofrecer servicios esMD, en <http://go.usa.gov/krq>.

Debe usted saber que esMD es completamente voluntario. Usted puede continuar enviando información a su contratista revisor por correo o por fax.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1110.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1110

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.

Un vistazo a las entidades contratistas que podrían contactarle acerca de actividades específicas

Número de *MLN Matters*: SE1123

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han recibido llamados de los proveedores acerca de las diferentes entidades que podrían contactarlos con preguntas y requerimientos de registros médicos, documentación y otro tipo de información. CMS reconoce que el cambio de entidades contratistas podría prestarse a confusión debido a la reciente reforma de contrataciones de Medicare. CMS ha preparado este artículo especial para describir los ambientes de contratación actuales. Además, el artículo tiene una lista de entidades responsables de actividades dentro del programa Medicare, así como en reclamaciones de Medicaid y explica las razones por las que podrían contactarle. CMS ha preparado también una tabla de referencia rápida titulada, *Contractor Entities at a Glance: Who May Contact You about Specific Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Activities*, que se refiere a las entidades que podrían contactarle acerca de actividades específicas de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). La tabla, que usted podría entregar como referencia rápida al personal de su oficina, está disponible en el sitio Web de CMS: http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/ContractorEntityGuide_ICN906983.pdf.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1123.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1123

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.

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Octubre 2011

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

Mejoras al sitio Web del proveedor

Cuando: 13 de octubre

Hora: 11:30 a.m.-12:30 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 A: Cambios de Medicare y asuntos de gran interés

Cuando: 18 de octubre

Hora: 2:00 p.m.-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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcsou.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.

Hospital

Cambios a FY 2012 IPPS y PPS de hospitales de cuidados a largo plazo

Número de *MLN Matters*: MM7508
 Número de petición de cambio relacionado: 7508
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2291CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7508, que provee:

- Actualizaciones para el año fiscal (FY) 2012 del sistema de pagos prospectivos de paciente hospitalizado (IPPS) y sistema de pagos prospectivos (PPS) para hospitales de cuidados a largo plazo (LTCH);
- Actualizaciones FY 2012 a los códigos de grupos relacionados con diagnósticos de gravedad de Medicare (MS-DRG) y clasificación internacional de enfermedades, novena revisión, modificación

clínica (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)); y

- Cambios a servicios de ambulancia de hospital de urgencia (CAH).

Todos los ítems están vigentes para dadas de alta de hospital ocurridas a partir del 1 de octubre de 2011, a menos que se notifique algo diferente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7508.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7508, 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/R2291CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2291, CR 7508

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 octubre de 2011 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio de hospital

Número de *MLN Matters*: MM7545
 Número de petición de cambio relacionado: 7545
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de septiembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2296CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

La petición de cambio 7545 describe los cambios y las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización de octubre de 2011 al sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS). El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de octubre de 2011 y el OPPS Pricer reflejarán el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), "ambulatory payment classification" (APC), modificador HCPCS, "status indicator" (SI), y adiciones de código de ingreso, cambios, y eliminaciones identificadas en esta notificación.

Las revisiones de octubre de 2011 a los archivos de datos I/OCE, instrucciones, y especificaciones son provistas en el CR 7541, "October 2011 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 12.3". Un artículo del *MLN Matters* está disponible para ese CR en <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7541.pdf> en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Continúa en la página siguiente

Actualización...(Continuación)**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7545.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7545, 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/R2296CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2296, CR 7545

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.

Datos corregidos disponibles para el sistema de pagos prospectivos Pricer de año fiscal 2011

Los datos del proveedor corregidos en el tercer trimestre están disponibles para el sistema de pagos prospectivos (PPS) en computadora personal (PC) Pricer de paciente hospitalizado (INP) de año fiscal (FY) 2011. Si usted utiliza FY 2011 INP PPS PC Pricer, vaya a la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y descargue la última versión de FY 2011 PC Pricer. La actualización corresponde a reclamaciones entre el 1 de octubre de 2010 y el 30 de septiembre de 2011. La actualización tiene fecha 7 de septiembre 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 201109-19

Pagos Prospectivos

Actualización anual de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado: Cambios del PPS Pricer para el año fiscal 2012

Número de *MLN Matters*: MM7510 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7510
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de septiembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R2301CP
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/R2301CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2301, 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.

Especificaciones de la versión 12.3 del editor de códigos ambulatorios integrados de octubre 2011

Número de *MLN Matters*: MM7541
 Número de petición de cambio relacionado: 7541
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2277CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7541, la cual describe los cambios a las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de octubre de 2011 y en la actualización del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE).

La lista completa de las especificaciones de I/OCE ahora puede encontrarse en <http://www.cms.gov/OutpatientCodeEdit/> en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Un resumen de los cambios para octubre de 2011 está dentro del Appendix M del Attachment A del CR 7541.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7541.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7541, 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/R2277CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2277, CR 7541

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

Actualizaciones del RY 2012 de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado PPS PC Pricer

El sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS) PC Pricer para el año de pago 2012 para las reclamaciones con fechas del 1 de julio de 2011, al 30 de septiembre de 2011, han sido publicadas en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Si usted utiliza el IPF PPS PC Pricer para el RY 2012.A, vaya a la página, http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, bajo la sección de Downloads, y descargue las últimas versiones de los IPF PPS PC Pricers, publicadas el 2 de septiembre 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 201109-09

Actualización de PPS PC Pricer de cuidados de salud a domicilio CY 2011

El sistema de pagos prospectivos de cuidados de la salud a domicilio (HH PPS) PC Pricer de 2011, ha sido actualizado con datos del proveedor de julio de 2011 y está disponible para ser descargado. HHA PC Pricer está en la sección Downloads del sitio Web, http://www.cms.gov/PCPricer/05_HH.asp. Si usted utiliza CY 2011 HHA PPS PC Pricer, vaya a la página indicada más arriba y descargue la última versión de PC Pricer.

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

Fuente: CMS PERL 201109-20

Actualización de tasas PC Pricer de 2011 de establecimientos de hospitalización psiquiátrica

El sistema de pagos prospectivos (PPS) de establecimientos de hospitalización psiquiátrica (IPF) PC Pricer para la tasa de 2011 de reclamaciones con fecha desde el 1 de octubre de 2010 a 30 de junio de 2011, ha sido puesta en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid con datos de julio del proveedor. Si usted utiliza IPF PPS PC Pricer para tasa del año (RY) 2011.2, vaya a la página, http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, a la sección Downloads y descargue la última versión de IPF PPS PC Pricers, puesta el 9 de septiembre 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 201109-27

Actualizaciones de PPS PC Pricer de establecimientos de rehabilitación de pacientes hospitalizados FY 2011

PPS PC Pricer del sistema de pagos prospectivos de establecimientos de rehabilitación de pacientes hospitalizados (inpatient rehabilitation facility, IRF) el año fiscal (FY) 2011 ha sido actualizado con datos de julio del proveedor. PC Pricer está listo para ser descargado de la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp. Si usted utiliza IRF PPS PC Pricer, vaya a la página indicada más arriba y descargue la última versión de FY 2011 Pricer, puesta el 13 de septiembre de 2011 en la sección Downloads.

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 201109-44

Centros de Enfermería Especializada

Actualización de PPS Pricer de centros de enfermería especializada FY 2012

Número de *MLN Matters*: MM7522
Número de petición de cambio relacionado: 7522
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2011
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R2292CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo se basa en orden de cambio (CR) 7522, que describe las actualizaciones a la tasa de pagos utilizada bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) de centros de enfermería especializada para el año fiscal (FY) 2012, según se requiere por estatuto.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado las tasas de pago de SNF de FY 2012 (esto es, del 1 de octubre de 2011 al 30 de septiembre de 2012), en *Federal Register* del 8 de agosto de 2011, (76 FR 48486). La metodología actualizada es idéntica a la utilizada el año anterior

o incluirá Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) reembolso por beneficiarios con SIDA (AIDS). Esta actualización incluye índices de nuevos casos-combinados utilizando el ajuste de casos-combinados recalculados en base a datos de grupos de utilización de recursos versión IV (RUG-IV).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7522.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7522, 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/R2292CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2292, CR 7522

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 FY 2011 SNF PC Pricer

El SNF PC Pricer de año fiscal (FY) 2011 ha sido actualizado con datos del proveedor de julio de 2011 y se encuentra en la página/URL: http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo "Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC Pricer". Si usted utiliza FY 2011 SNF PC Pricer vaya a la página indicada más arriba y baje la versión puesta el 9 de septiembre de 2011, con los datos más recientes 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 201109-24

Información General

Publicación revisada: Medicare Billing Information for Rural Providers and Suppliers

La publicación *Medicare Billing Information for Rural Providers and Suppliers*, la cual está diseñada para proveer educación sobre la facturación rural de Medicare, ha sido revisada y está disponible en formato para descargar en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/RuralChart.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 201108-42

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

Número de *MLN Matters*: MM7460 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7460
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de septiembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2311CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

El 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/MLNMattersArticles/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/R2311CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2311, 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.

Actualización sobre el envío del informe de costo de Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han provisto instrucciones adicionales sobre el envío del nuevo informe de costo de hospital de Medicare (formulario CMS 2552-10), el nuevo informe de costo de centro de enfermería especializada (SNF) de Medicare (formulario CMS 2540-10), y el nuevo informe de costo de centro de diálisis renal independiente de Medicare (formulario CMS 265-11) incluyendo las extensiones adicionales de catalogación del informe de costo.

Formulario CMS 2552-10

Todos los proveedores con 12 meses completos o periodos más largos de informe de costo, los cuales comienzan a partir del 1 de mayo de 2010, (y terminan a partir del 30 de abril de 2011), se catalogarán en el formulario CMS 2552-10 sujeto al siguiente programa de extensión de envío:

FYE de informe de costo	Fecha de vencimiento actual	Fecha de vencimiento revisada	Extensión
04/30/2011	09/30/2011	11/30/2011	60 días
05/31/2011	10/31/2011	11/30/2011	30 días
06/30/2011	11/30/2011	01/31/2012	60 días
07/31/2011	12/31/2011	01/31/2012	30 días
08/31/2011	01/31/2012	02/29/2012	30 días
09/30/2011	02/29/2012	03/31/2012	30 días
10/31/2011	03/31/2012	03/31/2012	Ninguna
11/30/2011	04/30/2012	04/30/2012	Ninguna

Los centros basados en hospital de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) y/o departamentos están sujetos al mismo programa de extensión de envío indicado arriba. Los hospitales con los ESRD basado en hospital, deberán enviar sus informes de costo, utilizando el formulario actual CMS 2552-10 con la serie existente de hoja de cálculo I. Los informes de costo de los hospitales con ESRD basado en hospital que alegan que las deudas incobrables de Medicare no deben ser satisfechas hasta una serie revisada de hoja de cálculo I sea publicada incorporando el nuevo cálculo de deuda incobrable. Todos los proveedores con menos de un periodo de informe de costo de 12 meses, comenzando a partir del 1 de mayo de 2010, pero terminando antes del 30 de abril de 2011, deben enviar el formulario CMS 2552-96, y será resuelto finalmente en el formulario CMS 2552-96. Estos informes de costo tienen la fecha límite de 30 días desde la fecha de esta notificación o cinco meses siguiendo el cierre del periodo de reporte de costo. Esto incluye a los hospitales con los ESRD basado en hospital.

Formulario CMS 2540-10

El formulario CMS 2540-10 es efectivo para los periodos de reporte de costo comenzando a partir del 1 de diciembre de 2010. Los proveedores continuarán enviando el formulario CMS 2540-96 para cualquier informe de costo a corto plazo comenzando a partir del 1 de diciembre de 2010, y terminando el 30 de noviembre de 2011. No se conceden extensiones de envío en esta fecha.

Formulario CMS 265-11

El formulario CMS 265-11 es efectivo para los periodos de informe de costo que traslapan o comienzan a partir del 1 de enero de 2011, y están sujetos al siguiente programa de extensión de envío:

FYE de informe de costo	Fecha de vencimiento actual	Fecha de vencimiento revisada	Extensión
01/31/2011	06/30/2011	11/30/2011	150 días
02/28/2011	07/31/2011	11/30/2011	120 días
03/31/2011	08/31/2011	11/30/2011	90 días
04/30/2011	09/30/2011	11/30/2011	60 días
05/31/2011	10/31/2011	11/30/2011	30 días
06/30/2011	11/30/2011	11/30/2011	Ninguna

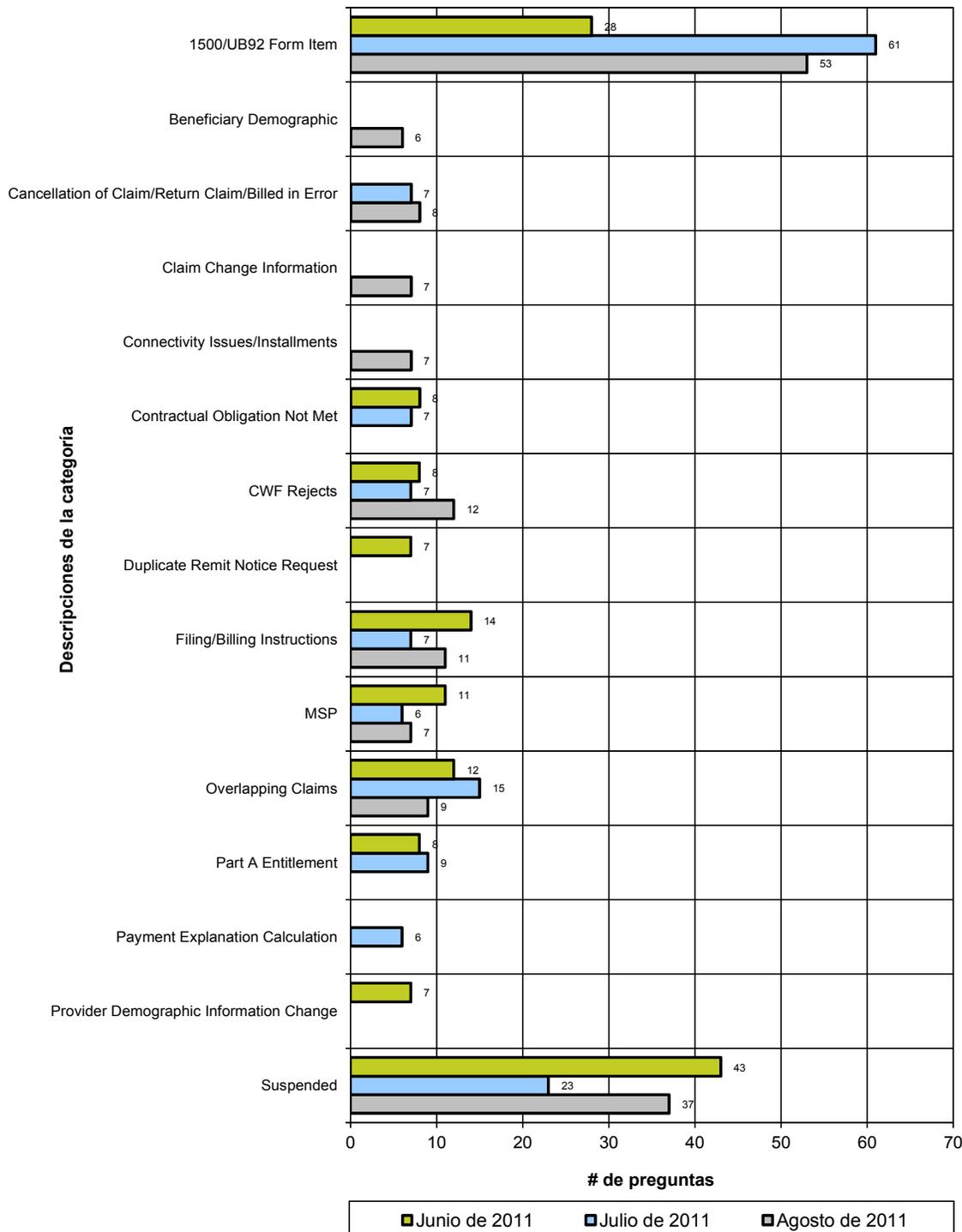
Fuente: TDL 11452

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

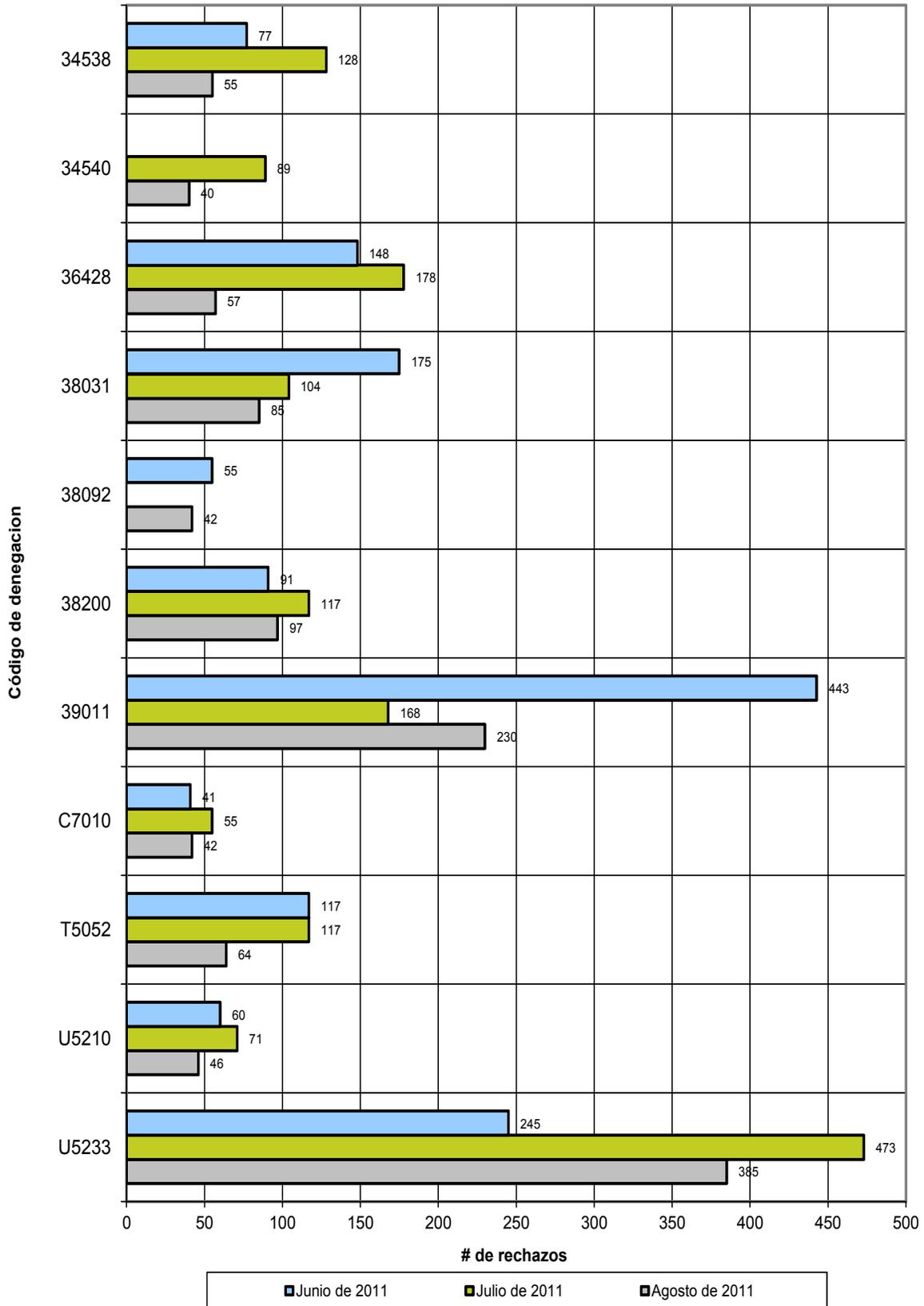
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

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



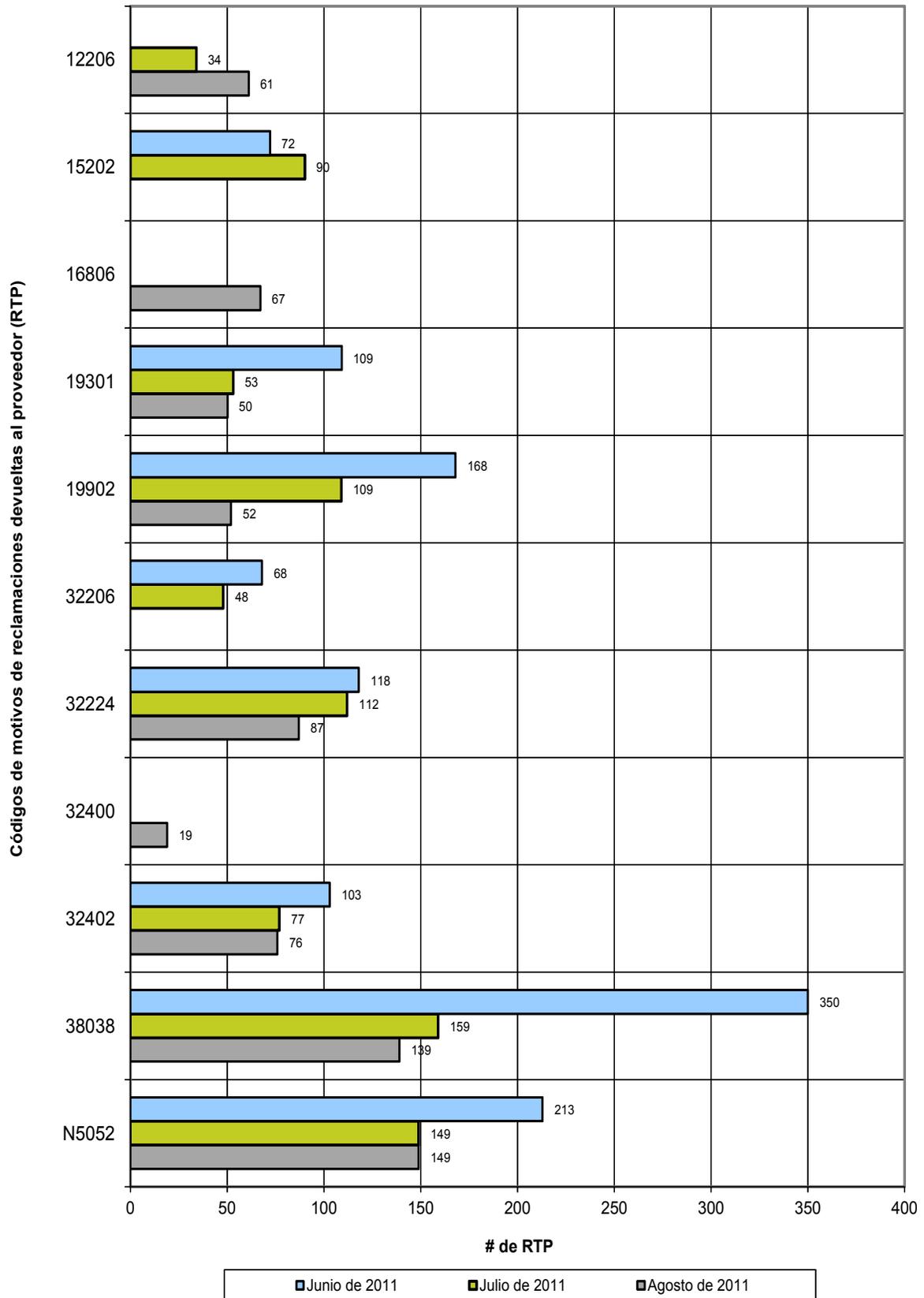
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

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



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Nuevas LCD

A22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions.....	38
A27130: Major joint replacement (hip and knee)	38
A86849: Circulating tumor cell testing	39
A37221: Vascular stenting of lower extremity arteries	39

Revisiones a las LCD Existentes

A93922: Noninvasive physiologic study of upper or lower extremity arteries	40
Magnetic resonance imaging (MRI)	40
A93303: Transthoracic echocardiography (TTE)	40
ANCSVCS: Servicios sin cobertura	41

LCD Retirada

AJ3487: Zoledronic acid	42
-------------------------------	----

Información Médica Adicional

Cambios a códigos 2012 ICD-9-CM (Parte A)	42
AJ1740: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and other indications	46

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.

Los ítems presentados con **el modificador GZ**, serán rechazados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

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

Nuevas LCD

A22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions – nueva LCD

Identificador de LCD: L32074 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las causas de dolor en la espalda baja provienen de una amplia variedad de condiciones, aunque en algunos casos ninguna etiología específica es identificada. La meta de la fusión espinal lumbar, también referida como lumbar artrodesis, es el de inmovilizar permanentemente la columna vertebral espinal alrededor de los discos que están causando el dolor discogénico en la espalda baja. Las técnicas de cirugía para conseguir fusión espinal lumbar son numerosas, e incluyen diferentes enfoques quirúrgicos a la espina. La fusión espinal debe ser solamente considerada como el último recurso en el tratamiento de dolor de espalda y no es recomendado para todas las personas que adolecen de dolor de espalda.

Una determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada como resultado de errores encontrados por el Comprehensive Error Rate Testing (CERT) cuando se está revisando las reclamaciones de hospital del paciente hospitalizado para cirugía de fusión espinal lumbar. Esta LCD ofrece indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos CPT, requisitos de documentación, directrices de utilización, y directrices de codificación para fusión espinal lumbar para inestabilidad y enfermedades degenerativas de los discos.

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de octubre 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.

A27130: Major joint replacement (hip and knee) – nueva LCD

Identificador de LCD: L32078 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El índice de error de noviembre de 2010 del “medical severity-diagnosis related group” (MS-DRG) del paciente hospitalizado de Parte A del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9) fue de 18.1 por ciento. Este índice de error es considerablemente más alto que el índice nacional DRG del paciente hospitalizado. Basado en los hallazgos de revisión del comprehensive error rate testing (CERT), MS-DRG 470 (major joint replacement or reattachment of lower extremity) ha sido identificado como que es de alto riesgo para error de pago, con un error de pago para noviembre de 2010 de 23.90 por ciento. 100 por ciento de los errores identificados por CERT fueron debido a fallas de documentación en el registro médico del hospital para sustentar la necesidad médica del procedimiento.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada como resultado de los errores CERT identificados, cuando se revisan las reclamaciones de hospital del paciente hospitalizado para cirugía de reemplazo total de cadera y reemplazo total de rodilla. Esta LCD ofrece indicaciones y limitaciones de cobertura, para los códigos CPT, requisitos de documentación, directrices de utilización, códigos de diagnósticos ICD-9-CM, códigos de procedimiento ICD-9-CM y directrices de codificación para el reemplazo mayor de coyuntura (cadera y rodilla).

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de octubre 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.

Revisiones a las LCD Existentes

A93922: Noninvasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries - revisión de la LCD

Identificador de LCD: L28938 (Florida)

Identificador de LCD: L28959 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La LCD de estudios fisiológicos no invasivos de las arterias de las extremidades superiores o inferiores se revisó por última vez el 1 de enero de 2011. Desde entonces, se ha revisado la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD, a fin de agregar texto que indique que las mediciones de la tensión transcutáneas de oxígeno (TpO2) pueden ser realizadas por personal con credenciales de enfermero titulado especializado en CHRN o técnico especializado en CHT otorgadas por la National Board of Diving and Hyperbaric Medical Technology, NBDHMT).

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es aplicable para servicios prestados a partir del **23 de agosto de 2011**. First Coast Service Options Inc. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Magnetic resonance imaging (MRI) - revisiones de las LCD (Parte A)

Identificador de LCD: L28904, L28905, L28906, L28907 (Florida)

Identificador de LCD: L28926, L28927, L28928, L28929 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron el CR 7441, transmisiones 134 y 2293 el 26 de agosto de 2011. Este CR establece nuevos requisitos de cobertura para un MRI en los pacientes con marcapasos permanentes implantados. CMS consideran que la evidencia es lo suficientemente adecuada como para concluir que el MRI mejora los resultados de salud de los beneficiarios de Medicare con PM, cuando los PM se usan de acuerdo con las indicaciones de uso en un entorno de MRI de la Food and Drug Administration. Continuarán aplicándose a los pacientes con PM otras contraindicaciones que pudieran estar presentes en cualquier beneficiario determinado. Estas otras contraindicaciones se indican en la NCD de marcapasos cardíacos, Pub. 100-03, Capítulo 1, Parte 4, Sección 220.2.C.1. Se han revisado las siguientes LCD de acuerdo con los nuevos requisitos que se

encuentran en el CR 7441: 70551 (MRI de cerebro); 70540 (MRI de órbita, rostro y/o cuello); 72141 (MRI de columna vertebral); 73218 (MRI de extremidad superior).

Fecha de vigencia

Estas revisiones a las LCD son aplicables para las reclamaciones procesadas a partir del **26 de septiembre de 2011 en adelante**, para los servicios proporcionados el 7 de julio de 2011 o con posterioridad. First Coast Service Options Inc. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

A93303: Transthoracic echocardiography (TTE) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28997 (Florida)

Identificador de LCD: L29029 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para transthoracic echocardiography (TTE) fue revisada por última vez el 14 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, se hicieron revisiones según la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD para actualizar la aplicación de cobertura y clarificar la utilización de pruebas para las condiciones y diagnósticos indicados. También fue actualizada la sección "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para los servicios provistos a partir del **16 de octubre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

ANCSVCS: Servicios sin cobertura – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios sin cobertura fue revisada por última vez el 1 de julio de 2011. Desde ese tiempo, se hizo una nueva revisión. Nuevos códigos *CPT* Category III de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) Actualización anual 2011 HCPCS (Orden de cambio [CR] 7121) y de CMS en Julio de 2011 actualización del sistema de pagos prospectivos de pacientes ambulatorios de hospital (OPPS (CR 7443) fueron evaluados y se determinó que no son médicamente razonables y necesarios en este momento en base a la evidencia publicada actualmente disponible (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, fueron agregados a la LCD de servicios sin cobertura los siguientes códigos *CPT* Category III: 0234T, 0235T, 0236T, 0237T, 0238T, 0254T, 0255T, 0263T, 0264T, 0265T, y 0274T. Bajo la sección “*CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures*” de la LCD, fueron agregados los códigos *CPT* Category III siguientes:

- 0234T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; renal artery*
- 0235T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; visceral artery (except renal), each vessel*
- 0236T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; abdominal aorta*
- 0237T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; brachiocephalic trunk and branches, each vessel*
- 0238T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; iliac artery, each vessel*
- 0254T - *Endovascular repair of iliac artery bifurcation (eg, aneurysm, pseudoaneurysm, arteriovenous malformation, trauma) using bifurcated endoprosthesis from the common iliac artery into both the external and internal iliac artery, unilateral;*
- 0255T - *Endovascular repair of iliac artery bifurcation (eg, aneurysm, pseudoaneurysm, arteriovenous malformation, trauma) using bifurcated endoprosthesis from the common iliac artery into both the external and internal iliac artery, unilateral; radiological supervision and interpretation*
- 0263T - *Intramuscular autologous bone marrow cell therapy, with preparation of harvested cells, multiple injections, one leg including ultrasound guidance, if performed; complete procedure including unilateral or bilateral bone marrow harvest*
- 0264T - *Intramuscular autologous bone marrow cell therapy, with preparation of harvested cells, multiple injections, one leg, including ultrasound guidance, if performed; complete procedure excluding bone marrow harvest*
- 0265T - *Intramuscular autologous bone marrow cell therapy, with preparation of harvested cells, multiple injections, one leg, including ultrasound guidance, if performed; unilateral or bilateral bone marrow harvest only for intramuscular autologous bone marrow cell therapy*
- 0274T - *Percutaneous laminotomy/laminectomy (intralaminar approach) for decompression of neural elements, (with or without ligamentous resection, discectomy, facetectomy and/or foraminotomy) any method under indirect image guidance (eg, fluoroscopic, CT), with or without the use of an endoscope, single or multiple levels, unilateral or bilateral; cervical or thoracic*

Además, los códigos fuera de lista *CPT* 47399 (Irreversible electroporation [e.g., NanoKnife System] – ablación quirúrgica de tejido blando del hígado; otros códigos fuera de lista serán presentados en base a la ubicación anatómica tratada) fue evaluado y se determinó que no es médicamente razonable y necesario en este momento en base a la evidencia publicada actualmente disponible (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, el código *CPT* 47399 fue agregado a la sección “*CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures*” de la LCD.

También, los códigos *CPT* 82172, 83090GY, 86618, 86628 y 86631 fueron evaluados para cobertura y se ha determinado quitarlos de la sección “*CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Laboratory Procedures*” de la LCD.

Continúa en la página siguiente

ANCSVCS...(continuación)

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para agregar los códigos *CPT 0234T, 0235T, 0236T, 0237T, 0238T, 0254T, 0255T, 0263T, 0264T, 0265T, 0274T y 47399* entra en vigencia para servicios provistos **a partir del 16 de octubre de 2011**. La revisión de la LCD para eliminar los códigos *CPT 82172, 83090GY, 86618, 86628 y 86631* entra en vigencia para servicios provistos **a partir del 16 de septiembre de 2011**.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

LCD Retirada

AJ3487: Zoledronic Acid – LCD retirada

Identificador de LCD: L29009 (Florida)

Identificador de LCD: L29041 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “zoledronic acid” fue revisada por última vez el 11 de febrero de 2010. Desde ese tiempo, una nueva LCD titulada “bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications” (AJ1740) ha sido desarrollada para reemplazar la LCD “zoledronic acid”. Por lo tanto, la LCD “zoledronic acid” está siendo retirada.

Fecha de vigencia

Esta LCD está retirada efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de octubre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Información Médica Adicional

Cambios a códigos 2012 ICD-9-CM (Parte A)

La actualización 2012 de la estructura de códigos de diagnóstico ICD-9-CM está vigente para servicios prestados **a partir del 1 de octubre 2011**. Se exige a los proveedores utilizar códigos ICD-9-CM actualizados a 2012 vigentes para todas las dadas de alta y servicios ambulatorios de hospitales **a partir del 1 de octubre de 2011**. Debido a la relación directa entre código y reembolso, es de particular importancia que los proveedores reembolsados bajo el sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio (OPPS), utilicen la codificación ICD-9-CM que corresponde. Además, la nueva codificación de diagnósticos es utilizada en facturación de paciente ambulatorio de hospital, así como con otros proveedores que no son OPPS y codifican diagnósticos y procedimientos. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha revisado las LCD por códigos de procedimiento con criterios de diagnóstico específicos que están afectados por la actualización de 2012 ICD-9-CM. La tabla a continuación contiene una lista de LCD afectadas y las condiciones específicas revisadas como resultado de la actualización de 2012 ICD-9-CM:

Título de LCD	Cambios de 2012
A17311 Mohs Micrographic Surgery (MMS)	Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 173.5, 173.6, 173.7, y 173.8 para códigos de procedimiento 17311, 17312, 17313, 17314, y 17315. Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39, 173.40-173.49, 173.50-173.59, 173.60-173.69, 173.70-173.79 y 173.80-173.89 para códigos de procedimiento 17311, 17312, 17313, 17314, y 17315.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(continuación)

Título de LCD	Cambios de 2012
A43235 Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy	Eliminado el código de diagnóstico 997.4 para códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255, y 43258. Se agrega el rango de código de diagnóstico 997.41-997.49 para códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255, y 43258.
A70544 Magnetic Resonance Angiography (MRA)	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 74185, C8900, C8901, y C8902. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 74185, C8900, C8901, y C8902.
A71275 Computed tomographic Angiography of the Chest, Heart and Coronary Arteries	Eliminados los códigos de diagnóstico 518.5 y 747.3 para el código de procedimiento 71275. Se agregan los rangos de código de diagnóstico 518.51-518.53 y 747.31-747.39 para código de procedimiento 71275. Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 75571, 75572, 75573, y 75574.
A73218 Magnetic Resonance Imaging of Upper Extremity	Eliminado el código de diagnóstico 173.6 para códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223. Se agrega el rango de código de diagnóstico 173.60-173.69 para códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222 y 73223. Se cambian códigos de diagnóstico individuales 999.31 y 999.39 a rango de código de diagnóstico 999.31-999.39 para incluir nuevos códigos de diagnóstico 999.32-999.34 para códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222 y 73223.
A75722 Renal Angiography	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 75722 y 75724. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 75722 y 75724.
A77402 Radiation Therapy for T1 Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas of the Skin	Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.5, 173.6, 173.7, y 173.9 para códigos de procedimiento 77401, 77402, 77403, 77404, 77406, 77785, 77786, y 77789. Se agrega código de diagnósticos 173.01, 173.02, 173.11, 173.12, 173.21, 173.22, 173.31, 173.32, 173.51, 173.52, 173.61, 173.62, 173.71, 173.72, 173.91, y 173.92 para códigos de procedimiento 77401, 77402, 77403, 77404, 77406, 77785, 77786 y 77789.
A78459 Myocardial Imaging, Positron Emission Tomography (PET) Scan	Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 78459, 78491 y 78492.
A83735 Magnesium	Eliminado el código de diagnóstico 998.0 por código de procedimiento 83735. Se agrega el rango de código de diagnóstico 998.00-998.09 por código de procedimiento 83735.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(continuación)

Título de LCD	Cambios de 2012
A86003 Allergy Testing	Ha sido cambiado el código descriptor de diagnóstico 995.0 para códigos de procedimiento 86003, 95004, 95010, 95015, 95024, 95027 y 95028. Han sido cambiados los códigos descriptores de diagnóstico 995.60, 995.61, 995.62, 995.63, 995.64, 995.65, 995.66, 995.67, 995.68, y 995.69 para códigos de procedimiento 86003, 86005, 86160, 86161, 86162 y 95004.
A90802 Interactive Psychiatric Services	Han sido cambiados los códigos descriptores de diagnóstico 317, 318.0, 318.1, y 318.2 para códigos de procedimiento 90802, 90810, 90811, 90812, 90813, 90814, 90815, 90823, 90824, 90826, 90827, 90828, 90829 y 90857.
A90804 Individual Psychotherapy	Han sido cambiados los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0- 318.2 para códigos de procedimiento 90804, 90806 y 90808.
A90847 Family Psychotherapy	Han sido cambiados los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0- 318.2 para códigos de procedimiento 90846 y 90847.
A90853 Group Psychotherapy	Han sido cambiados los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0- 318.2 por código de procedimiento 90853.
A90862 Pharmacologic Medication Management for Psychotherapy Services	Han sido cambiados los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0- 318.2 para códigos de procedimiento 90862 y M0064.
A92081 Visual Field Examination	Eliminado el nuevo rango de códigos de diagnóstico 365.70-365.74 del rango de códigos de diagnóstico 365.00-365.9 para códigos de procedimiento 92081, 92082 y 92083 por no ser adecuados. Se agrega código de diagnósticos 365.05 y 365.06 para códigos de procedimiento 92081, 92082 y 92083.
A92132 Scanning Computerized Ophthalmic Diagnostic Imaging (SCODI)	Se agrega código de diagnóstico 365.05 para códigos de procedimiento 92133 y 92134. Se agrega código de diagnóstico 365.06 por código de procedimiento 92132, 92133 y 92134.
A92225 Ophthalmoscopy	Se agrega código de diagnósticos 365.05, 365.06, y 365.70-365.74 para códigos de procedimiento 92225 y 92226.
A93224 External Electrocardiography Recording	Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 93224, 93225, 93226 y 93227.
A93303 Transthoracic Echocardiography (TTE)	Eliminado el código de diagnóstico 998.0 para códigos de procedimiento 93306, 93307, 93308, C8923 y C8924. Se agrega código de diagnósticos 414.4 y 998.00-998.09 para códigos de procedimiento 93306, 93307, 93308, C8923 y C8924. Se ha cambiado el rango de código de diagnóstico 444.0-444.9 a rango de código de diagnóstico 444.01-444.9 para códigos de procedimiento 93306, 93307, 93308, C8923 y C8924. Se cambian códigos de diagnóstico individuales 999.31 y 999.39 a rango de código de diagnóstico 999.31-999.39 para incluir nuevos códigos de diagnóstico 999.32-999.34 para códigos de procedimiento 93306, 93307, 93308, C8923 y C8924.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(continuación)

Título de LCD	Cambios de 2012
A93312 Transesophageal Echocardiogram	Eliminado el código de diagnóstico 747.3 para códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317, 93318, C8925, C8926 y C8927. Se agrega código de diagnósticos 414.4 y 747.31-747.39 para códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317, 93318, C8925, C8926 y C8927. Se ha cambiado el rango de código de diagnóstico 444.0-444.9 a rango de código de diagnóstico 444.01-444.9 para códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317, 93318, C8925, C8926 y C8927.
A93350 Stress Echocardiography	Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 93350, 93351 y 93352.
A93701 Cardiac Output Monitoring by Thoracic Electrical Bioimpedance	Se agrega código de diagnóstico 414.4 por código de procedimiento 93701.
A93922 Non-Invasive Physiologic Studies of Upper or Lower Extremity Arteries	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 93922, 93923 y 93924. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 93922, 93923 y 93924.
A93925 Duplex Scan of Lower Extremity Arteries	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 93925 y 93926. Se agrega código de diagnósticos 444.01 y 444.09 para códigos de procedimiento 93925 y 93926.
A93965 Non-Invasive Evaluation of Extremity Veins	Se agrega código de diagnóstico 415.13 para códigos de procedimiento 93965, 93970 y 93971.
A93975 Duplex Scanning	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 93978 y 93979. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 93978 y 93979.
A94640 Diagnostic Aerosol or Vapor Inhalation	Eliminado el código de diagnóstico 793.1 por código de procedimiento 94640. Se agrega el rango de código de diagnóstico 793.11-793.19 por código de procedimiento 94640.
AG0237 Respiratory Therapeutic Services	Eliminado el código de diagnóstico 516.3 para códigos de procedimiento G0237, G0238 y G0239. Se agrega el rango de código de diagnóstico 516.30-516.37 para códigos de procedimiento G0237, G0238 y G0239.
AJ2820 Sargramostim (GM-CSF, Leukine®)	Se agrega código de diagnóstico 996.88 para código de procedimiento J2820.
AJ7187 Hemophilia Clotting Factors	Eliminado el código de diagnóstico 286.5 para códigos de procedimiento J7186, J7187, J7189, J7190, J7191, J7192, J7193, J7194, J7195, J7198 y Q2041. Se agrega el rango de código de diagnóstico 286.52-286.59 para códigos de procedimiento J7186, J7187, J7189, J7190, J7191, J7192, J7193, J7194, J7195, J7198 y Q2041.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(continuación)

Título de LCD	Cambios de 2012
AJ7308 Topical Photosensitizers used with PDT for Actinic Keratoses and Certain Skin Cancers	Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 173.5, 173.6, 173.7, y 173.8 para códigos de procedimiento <i>J7308</i> y <i>J7309</i> . Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39, 173.40-173.49, 173.50-173.59, 173.60-173.69, 173.70-173.79 y 173.80-173.89 para códigos de procedimiento <i>J7308</i> y <i>J7309</i> .
AJ9171 Docetaxel (Taxotere®)	Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, y 173.4 por código de procedimiento <i>J9171</i> . Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39, y 173.40-173.49 por código de procedimiento <i>J9171</i> .
AJ9181 Etoposide, (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16)	Se ha cambiado el rango de código de diagnóstico 173.0-173.9 a rango de código de diagnóstico 173.00-173.99 por código de procedimiento <i>J9181</i> .
APHPPROG Psychiatric Partial Hospitalization Program	Han sido cambiados los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0-318.2 para códigos de procedimiento <i>90801, 90802, 90816, 90817, 90818, 90819, 90821, 90822, 90823, 90824, 90826, 90827, 90828, 90829, 90846, 90847, 90875, 90876, 96101, 96116, 96118, 97532, 97533, G0129, G0176, G0177, G0410</i> y <i>G0411</i> .
APULMDIAGSVCS Pulmonary Diagnostic Services	Eliminado el nuevo rango de códigos de diagnóstico 516.61-516.69 del rango de códigos de diagnóstico 516.0-516.9 para códigos de procedimiento <i>93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94150, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725</i> y <i>94750</i> por no ser adecuados. Eliminado el código de diagnóstico 793.1 para códigos de procedimiento <i>93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94150, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725</i> y <i>94750</i> . Se agrega código de diagnósticos 516.30-516.37, 516.4 y 516.5 para códigos de procedimiento <i>93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94150, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725</i> y <i>94750</i> . Se agrega el rango de código de diagnóstico 793.11-793.19 para códigos de procedimiento <i>93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94150, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725</i> y <i>94750</i> .

AJ1740: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – clarificación de LCD

Identificador de LCD: L32110 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El 2 de septiembre de 2011 se envió un artículo a los sitios Web del proveedor de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y First Coast Service Options (FCSO), para dar comienzo al período de notificación de esta determinación local de cobertura (LCD). Desde entonces, fue quitado para Prolia™ el requisito de diagnosis dual (representado por el código de diagnóstico ICD-9-CM E932.0 [Adrenal cortical steroids causing adverse effects in therapeutic use]).

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD está vigente para servicios provistos a partir del 16 de octubre de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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 2011 a septiembre de 2012.	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.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Inscripción del proveedor

Practicantes elegibles necesitan inscribirse con el único propósito de ordenar y referir

Número de *MLN Matters*: MM7097 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7097
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de septiembre de 2011
Fecha de efectividad: 18 de octubre de 2010
Número de transmisión de CR relacionado: R387PI
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), exigiendo a las agencias de salud en el hogar y ciertos suplidores de Parte B que incluyan, 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 Department of Veterans Affairs (DVA), Public Health Service

(PHS), Department of Defense (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 modificado de inscripción descrito en el artículo de *MLN* enlazado abajo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/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/R387PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 387, 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.

Acreditación ADI – se acaba el plazo

Le recordamos que a partir del 1 de enero de 2012, suplidores del componente técnico de imagen de diagnóstico avanzado (ADI) deben estar acreditados para facturar a Medicare por estos servicios. Procedimientos ADI incluyen imagen de resonancia magnética, tomografía computarizada e imagen de medicina nuclear tales como tomografía de emisión positrónica; rayos X, ultrasonido, fluoroscopia y procedimientos ambulatorios de hospital, están excluidos. El componente técnico de servicios ADI incluye los procedimientos de imagen, no la interpretación médica.

Para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, los contratistas administrativos de Medicare comenzarán a rechazar reclamaciones por componentes técnicos de imagen de diagnóstico avanzado (ADI), presentados bajo la tarifa médica fija por suplidores que no estén acreditados. Una vez que el proveedor esté acreditado, puede volver a facturar a Medicare por estos servicios.

Para más información sobre acreditación ADI, incluyendo una lista de organizaciones acreditadoras y detalles del proceso de acreditación, visite http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/03_AdvancedDiagnosticImagingAccreditation.asp. También hay un artículo de edición especial de *MLN Matters* (SE1122 Important Reminders about Advanced Diagnostic Imaging Accreditation Requirements) disponible en <http://www.CMS.gov/MLN MattersArticles/Downloads/SE1122.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201109-14

PQRS

Accediendo los reportes de comentarios 2010 para los programas de incentivo PQRI y eRx

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desean compartir esta información importante con los profesionales elegibles que participaron en los programas de incentivo 2010 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) y/o 2010 Electronic Prescribing (eRx).

Nota: En el 2011, el nombre del programa PQRI cambió a Physician Quality Reporting System.

Disponibilidad del reporte de comentario

Los reportes de comentarios para el programa de incentivo eRx 2010 están ahora disponibles. Los reportes de comentarios para el PQRI 2010 estarán disponibles a finales de septiembre o comenzando octubre de 2011.

Los reportes de comentarios están compilados en el nivel del número de identificación para impuestos (tax identification number, TIN), con un nivel individual de información de reporte (por el nivel del identificador nacional del proveedor [NPI-level]) para cada profesional elegible que reportó al menos un código de datos de calidad eRx (QDC) en una reclamación enviada bajo ese TIN para los servicios prestados durante el periodo de reporte. Los participantes de la opción de reporte de práctica de grupo (GPRO) tendrán solamente datos de reporte o de desempeño en el nivel de TIN y no en el nivel de profesional elegible.

Los participantes no pueden utilizar la herramienta de búsqueda "Verify Report Portlet", disponible en Physician and Other Health Care Professionals Quality Reporting Portal (Portal), para verificar si un reporte de comentarios 2010 existe para las organizaciones de TIN y sus NPI. El TIN o NPI ingresado en el campo de búsqueda debe ser el mismo utilizado por el profesional elegible para presentar las reclamaciones de Medicare y los QDC válidos de PQRI o eRx durante ese periodo de reporte. Esta herramienta está disponible en <http://www.qualitynet.org/pqri>.

Si un reporte de comentarios 2010 está disponible para el TIN de su organización y sus NPI, hay tres formas de acceder su reporte:

Individuals Authorized Access to CMS Computer Services (IACS): Los profesionales elegibles pueden acceder al Portal asegurado de QualityNet en <http://www.qualitynet.org/pqri> para acceder a sus reportes de comentarios basado en sus TIN o GPRO TIN. El acceso al Portal requiere la inscripción al sistema IACS para obtener un ID de usuario y contraseña. La información sobre crear y/o actualizar una cuenta IACS está incluida más adelante en este mensaje.

Método de reporte alternativo de comentarios: Un profesional individual elegible puede simplemente llamar a su respectivo carrier o al centro de contacto del proveedor del contratista administrativo de Medicare (MAC) para solicitar su PQRI 2010 confidencial y/o reportes de comentarios eRx que contendrán información basada en el NPI del profesional individual elegible. Si un profesional elegible reportó individualmente como parte de un grupo de práctica (no un GPRO), un reporte debe ser solicitado para cada profesional elegible en la práctica de grupo al contactar a su centro de contacto del proveedor carrier/MAC para solicitar un reporte de comentario basado en el NPI individual. En adición al PQRI o información eRx, estos reportes proveerán a los profesionales individuales elegibles con información sobre sus cargos permitidos physician fee schedule (PFS) de Medicare Parte B para el periodo respectivo de reporte 2010, en el cual está basado un pago de incentivo.

Tenga en consideración: Este método de acceder los reportes de comentarios no concierne a GPRO puesto que no existe nivel NPI de reportes de comentarios para ellos; solamente el nivel TIN GPRO de reporte de comentarios está disponible para los GPRO.

Para una lista de los centros de contacto del proveedor, visite <http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip>.

La información adicional sobre este proceso de solicitud de reporte alternativo de comentarios puede encontrarse al acceder la edición especial del *MLN Matters*® artículo *SE0922 (Alternative Process for Individual Eligible Professionals to Access Physician Quality Reporting System (Physician Quality Reporting, formerly called Physician Quality Reporting Initiative or PQRI) and Electronic Prescribing (eRx) Feedback Reports)*.

Una página de ayuda en la Internet: Cuando esté disponible, la información adicional sobre este nuevo método de solicitud, llamado Quality Reporting Communication Support Page, será provisto a través de los canales usuales de comunicación de CMS.

Creando una cuenta IACS

Los reportes de comentarios de nivel TIN solamente están disponibles a través de un sitio Web seguro y requieren una cuenta IACS. IACS es el sistema de seguridad que CMS utiliza para inscribir a los usuarios y controlar la emisión de identificadores de

Continúa en la página siguiente

Accediendo...(Continuación)

usuario, contraseñas, y acceso a las aplicaciones de Internet de CMS. A través de IACS, las organizaciones del proveedor serán capaces de administrar a los usuarios que ellos autorizan para llevar a cabo transacciones de su parte, las cuales pueden incluir personal y contratistas.

Favor de recordar que el profesional elegible y la información de inscripción del proveedor de práctica de grupo debe estar actualizada en el “provider enrollment chain and ownership system” (PECOS) de Medicare para solicitar una cuenta IACS. Para más información, incluyendo un enlace a PECOS basado en Internet, visite <http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/>. Para asuntos de PECOS, contacte el centro de ayuda External User Services (EUS) de 7:00 a.m.-7:00 p.m. ET al 1-866-484-8049 o EUSsupport@cgi.com.

Los usuarios son exhortados a revisar [IACS Quick Reference Guides](#) en el Portal antes de comenzar un nuevo proceso de inscripción de usuario IACS. El nuevo menú de inscripción de usuario para las aplicaciones de CMS está en <https://idm.cms.hhs.gov/idm/user/newregistration.jsp>.

Cualquier persona que se inscriba para una cuenta IACS para acceder el programa de reportes de comentarios se le permite una cuenta. Esta persona es la única permitida para inscribirse para una cuenta (alguien no puede establecerla por ellos) y deben usar su dirección de email cuando se inscriban.

Los usuarios deben dirigir las preguntas o preocupaciones al centro de ayuda de QualityNet al 1-866-288-8912 o TTY 1-866-523-4759, (lunes-viernes de 7:00 a.m.-7:00 p.m. CST) o vía email a qnetsupport@sdps.org (<mailto:EUSsupport@cgi.com>).

Información importante sobre la actualización de las cuentas y contraseñas de usuario IACS

CMS desea recordarles a los usuarios que la política de seguridad de CMS exige que las contraseñas IACS sean cambiadas cada 60 días. Un usuario IACS que no ha cambiado su contraseña en más de 60 días se le pedirá que lo haga en el próximo intento de iniciar la sesión.

Un usuario IACS que no ha cambiado su contraseña en más de 120 días se le pedirá que conteste las preguntas de seguridad establecida al momento de inscripción. Luego de contestar satisfactoriamente las preguntas de seguridad, se le pedirá al usuario que cambie la contraseña.

Una cuenta IACS es necesaria para acceder el Portal y ver o descargar los reportes de comentarios de nivel TIN. La actualización de las cuentas de usuario IACS y las contraseñas es esencial para mantener este acceso y funcionalidad.

Recursos

Si usted tiene dificultades con la inscripción en IACS o cuentas inhabilitadas, siga las instrucciones de autoservicio abajo sobre cómo recuperar su ID

de usuario IACS y/o contraseña y/o cambiar su contraseña IACS.

Instrucciones sobre realizar cambios de administración a la cuenta IACS (i.e., dirección de email, número de teléfono, fecha de nacimiento, información de pregunta de autenticación, contraseña, etc.)

1. Ingrese a su cuenta en <https://idm.cms.hhs.gov/idm/user/iacsTerms.jsp>.
2. En la página “My Profile”, seleccione el enlace apropiado para el cambio.
3. Ingrese el cambio deseado. Se exige una justificación para cualquier cambio de información de usuario/contacto.
4. Seleccione “Save”, “OK”, o “Next” para continuar.
5. Una vez que los cambios son enviados para cualquier información de usuario/contacto, un número de solicitud será mostrado. Registre este número para su referencia. La solicitud se reflejará en el sistema para ser aprobada por la persona que aprueba.
6. Los cambios solicitados a la contraseña y preguntas de autenticación serán reflejados luego de que se complete el proceso.

Nota: Si usted no puede acceder a su cuenta, contacte el centro de ayuda de QualityNet al 1-866-288-8912 (TTY 1-866-523-4759).

Instrucciones sobre cuentas IACS bloqueadas

- Una cuenta IACS es bloqueada cuando un usuario ingresa incorrectamente información para iniciar la sesión tres veces consecutivamente.
 - La cuenta puede ser desbloqueada al utilizar la opción “Forgot Your Password?” localizada en la pantalla de “login” en <https://idm.cms.hhs.gov/idm/user/iacsTerms.jsp>.
 - Usted debe contestar satisfactoriamente las preguntas de autenticación (recuerde que éstas son sensitivas al tamaño de letra).
 - Una nueva contraseña provisional serán enviada a la dirección de email asociada con su cuenta. Esto permitirá su ingreso en el sitio Web mencionado arriba y cambiar la contraseña cuando se le solicite.

Instrucciones sobre contraseñas expiradas

Las contraseñas de cuenta IACS expiran cada 60 días.

1. Ingrese a su cuenta IACS con la contraseña expirada en <https://idm.cms.hhs.gov/idm/user/iacsTerms.jsp>.
2. Cambie la contraseña cuando se le indique.
3. Cuando un usuario no puede recordar su contraseña, la opción “Forgot Your Password?”

Continúa en la página siguiente

Accediendo...(Continuación)

puede ser utilizada para obtener una nueva contraseña provisional. La contraseña provisional será enviada a la dirección de email registrada.

Nota: Ingresar a su cuenta al menos una vez cada 60 días mantiene la cuenta activa.

Instrucciones sobre cuentas IACS bloqueadas debido a inactividad

El usuario no ha ingresado satisfactoriamente a su cuenta dentro de los pasados 180 días. Se necesita realizar una solicitud para desbloquear la cuenta al contactar el centro de ayuda de QualityNet al 1-866-288-8912 o TTY 1-866-523-4759 (lunes-viernes de 7:00 a.m.-7:00 p.m. CST) o vía email a qnetsupport@sdps.org.

Recertificación

La política de seguridad de CMS también exige que las cuentas IACS existentes sean recertificadas cada año. Comenzando 45 días antes de la fecha de aniversario IACS, la notificación será enviada a la dirección de email registrada del usuario indicando que la cuenta necesita ser recertificada. El usuario recibirá recordatorios vía email una vez a la semana de los 45 días iniciales del email. Entonces, 15 días antes de la fecha de certificación, el usuario recibirá un email diario proveyendo el número de días restantes para completar la solicitud de certificación. La fecha límite es la medianoche en la fecha de certificación para enviar la solicitud de certificación. Si la solicitud no es completada para la fecha límite, la cuenta IACS del usuario será archivada. Una vez la cuenta de usuario ha sido archivada, se les exigirá inscribirse para establecer una nueva cuenta.

Instrucciones sobre recertificando las cuentas IACS

1. Navegue a <https://applications.cms.hhs.gov>.
2. Seleccione "Enter CMS Applications Portal". Seleccione "Account Management". Seleccione "My Profile". Ingrese a IACS y luego seleccione "Certify Account Profile".
3. Revise la información de la cuenta, ingrese la justificación y seleccione "Next".
4. Para enviar la solicitud de certificación, selección "Submit" en la pantalla "Annual Certification Screen".
5. Registre el "Request Number" y selección "OK" para completar el proceso de certificación.

La información adicional sobre el reporte de calidad del médico puede encontrarse en <http://www.cms.gov/pqrs>.

Información adicional sobre el programa de incentivo eRx puede encontrarse en <http://www.cms.gov/ERXincentive>.

¿A quién llamar para solicitar ayuda?

Los usuarios que todavía tienen preguntas o necesitan asistencia deben contactar el centro de ayuda de QualityNet al 1-866-288-8912 o TTY 1-877-715-6222 (lunes-viernes de 7:00 a.m.-7:00 p.m. CST) o qnetsupport@sdps.org.

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 201109-05

Se está aceptando sugerencias de mediciones de calidad para consideración en el Physician Quality Reporting System

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están aceptando sugerencias de mediciones de calidad para consideración en el Physician Quality Reporting System para reglamentación en los años futuros. Para aprender más acerca de Physician Quality Reporting System Call for Measures (llamado por mediciones de PQRI) e instrucciones para sugerir mediciones, visite [CMS Measures Management System \(MMS\) Website](#).

Toda sugerencia debe ser recibida por CMS a más tardar el 7 de octubre de 2011, a las 5:00 p.m. ET.

Nota: Sugerir mediciones individuales o mediciones para un grupo de mediciones nuevo o existente, no garantiza que éstas serán incluidas en el conjunto de mediciones propuestas o finales en la reglamentación del Physician Quality Reporting System. CMS determinará las mediciones o individuales o de grupo que serán incluidas en el conjunto de mediciones de calidad propuesto; después de un período para comentarios públicos, la agencia hará la determinación final con respecto al conjunto final de mediciones del Physician Quality Reporting System para reglamentación en los años futuros.

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 201109-21

Actualización de pagos 2010 PQRI

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que han comenzado los pagos de incentivos para 2010 Medicare Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) para profesionales elegibles que cumplen con el criterio de reporte exitoso. La distribución de los pagos estará completa para el 30 de septiembre.

Nota: En 2011 el nombre del programa cambió de Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) a Physician Quality Reporting System.

A partir de enero de 2010, CMS ha revisado la manera en que se comunica la información de pago de incentivo a profesionales elegibles que reciben avisos de remesa electrónicos. CMS ha dado instrucciones a los contratistas de Medicare de usar un nuevo indicador de LE para indicar pagos de incentivo en lugar de LS. LE aparecerá en la remesa electrónica. En un esfuerzo para mayor clarificación del tipo de pago de incentivo emitido (ya sea incentivo PQRI o eRx), CMS ha creado un código de cuatro dígitos para indicar el código de incentivo y el año del reporte. Para el pago de incentivos 2010 PQRI, el código de cuatro dígitos es PQ10. Este código aparecerá en el aviso de remesa electrónica junto con el indicador LE. Por ejemplo, los profesionales elegibles verán LE indicando un pago de incentivo, junto con PQ10 identificando el pago como un pago de incentivo 2010 PQRI. Adicionalmente, el anuncio de remesa en papel dirá: "This is a PQRI incentive payment (este es un pago de incentivo PQRI)". En la remesa en papel no estará incluido el año.

Información de contacto

Si tiene preguntas acerca del estado de su pago de incentivo PQRI (durante el plazo de distribución), comuníquese con su centro de contacto del proveedor. El centro de contacto del proveedor está disponible en <http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip>.

El QualityNet Help Desk está disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m.-7:00 p.m. CT en el 1-866-288-8912 o vía qnetsupport@sdps.org. La mesa de ayuda puede también asistirle en preguntas específicas de medición y del programa.

Para asistir a los profesionales elegibles a entender los pagos de incentivos 2010 PQRI, se ha puesto en el sitio Web de CMS una guía titulada [2010 PQRI Incentive Payments](#).

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 201109-22

Información General

Cambios a la información del anuncio de remesa beneficiará a los proveedores

Número de *MLN Matters*: MM7484 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7484
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de septiembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R959OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

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 el loop 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 el loop 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.

Continúa en la página siguiente

Cambios..(Continuación)

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/R959OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 959, 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.

Clarificación al proveedor de información de servicio o suplidor

Número de *MLN Matters*: MM7538

Número de petición de cambio relacionado: 7538

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2011

Fecha de efectividad: 26 de septiembre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2284CP

Fecha de implementación: 26 de septiembre de 2011

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7538 y clarifica el Capítulo 26, Sección 10.4 del *Medicare Claims Processing Manual* para confirmar que los cambios implementados en el CR 6947 son válidos solamente para los servicios pagables bajo el Medicare physician fee schedule y servicios de anestesia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7538.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7538, 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/R2284CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2284, CR 7538

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 octubre de 2011 del sistema de pagos de centros de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM7547 – Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7547

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2305CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo se basa en orden de cambio (CR) 7547, que describe cambios en instrucciones de facturación a políticas de pago implementadas en la actualización de octubre de 2011 del sistema de pagos de centros de cirugía ambulatoria (ASC).

CR 7547 informa sobre tres nuevos códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) creados recientemente, que serán agregados a la lista de servicios auxiliares con cobertura ASC, partir del 1 de octubre de 2011. No se agrega ningún código a la lista HCPCS ASC de procedimientos quirúrgicos con cobertura para el 1 de octubre de 2011.

Continúa en la página siguiente

Actualización..(Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7547.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7547, 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/R2305CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2305, CR 7547

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.

Profesionales de cuidados primarios de la salud elegibles y recientemente inscritos pueden participar en PCIP

Profesionales de cuidados primarios de la salud elegibles y recientemente inscritos pueden participar en el programa de pago de incentivos por atención médica primaria (Medicare's Primary Care Incentive Payment Program, PCIP). Vea *Medicare Learning Network*® *MLN Matters* artículo MM7267 en <http://www.CMS.gov/mlnmattersarticles/downloads/MM7267.pdf> y esté alerta por información adicional.

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 201109-32

Publicación del 26 de septiembre de CBR sobre servicios quiroprácticos

El lunes 26 de septiembre, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicarán un reporte de facturación comparativo del proveedor (CBR) enfocado en quiroprácticos que ejercen en su consultorio. Se trata de un estudio similar al distribuido el otoño último, excepto que el estudio actual se enfoca en datos de 2010 y está siendo enviado a 5,000 proveedores diferentes.

Los CBR producidos por Safeguard Services bajo contrato con CMS, contienen tablas y gráficos de datos reales con una explicación de lo que se ha encontrado con respecto a comparación de modalidades de pago y facturación de proveedores con sus colegas dentro de su estado y a través de la nación. CMS ha recibido opiniones de algunos proveedores que estiman que esta clase de datos es de mucha utilidad, lo que alienta a CMS a producir más CBR y ponerlos a disposición de los proveedores.

Los reportes CBR están disponibles solamente para aquellos proveedores que fueron seleccionados en base a un criterio de tópicos CBR. Para asegurar privacidad, CMS presenta solamente información resumida de facturación. No se incluye datos por paciente ni por casos específicos. Estos reportes son un ejemplo de herramienta de ayuda para que los proveedores cumplan con las reglas de facturación de Medicare y mejoren el nivel de atención que prestan a los pacientes de Medicare.

Para más información y para revisar un ejemplo de CBR de servicios quiroprácticos, visite el sitio Web de CBR, en <http://www.cbrservices.com>, o llame al SafeGuard Services' Provider Help Desk, CBR Support Team al número 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 201109-34

Síntesis de políticas de Medicare acerca de servicios quiroprácticos

Número de *MLN Matters*: SE1101 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Numerosas auditorías de reclamaciones presentadas por quiroprácticos para obtener pago de Medicare han demostrado que una parte significativa de las reclamaciones han sido pagadas incorrectamente. El pago

Continúa en la página siguiente

Publicación..(Continuación)

correcto de una reclamación depende grandemente en el cumplimiento de los proveedores de los requisitos de Medicare en cuanto a cobertura, codificación y documentación de los servicios que ellos reportan a Medicare.

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

Información adicional

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

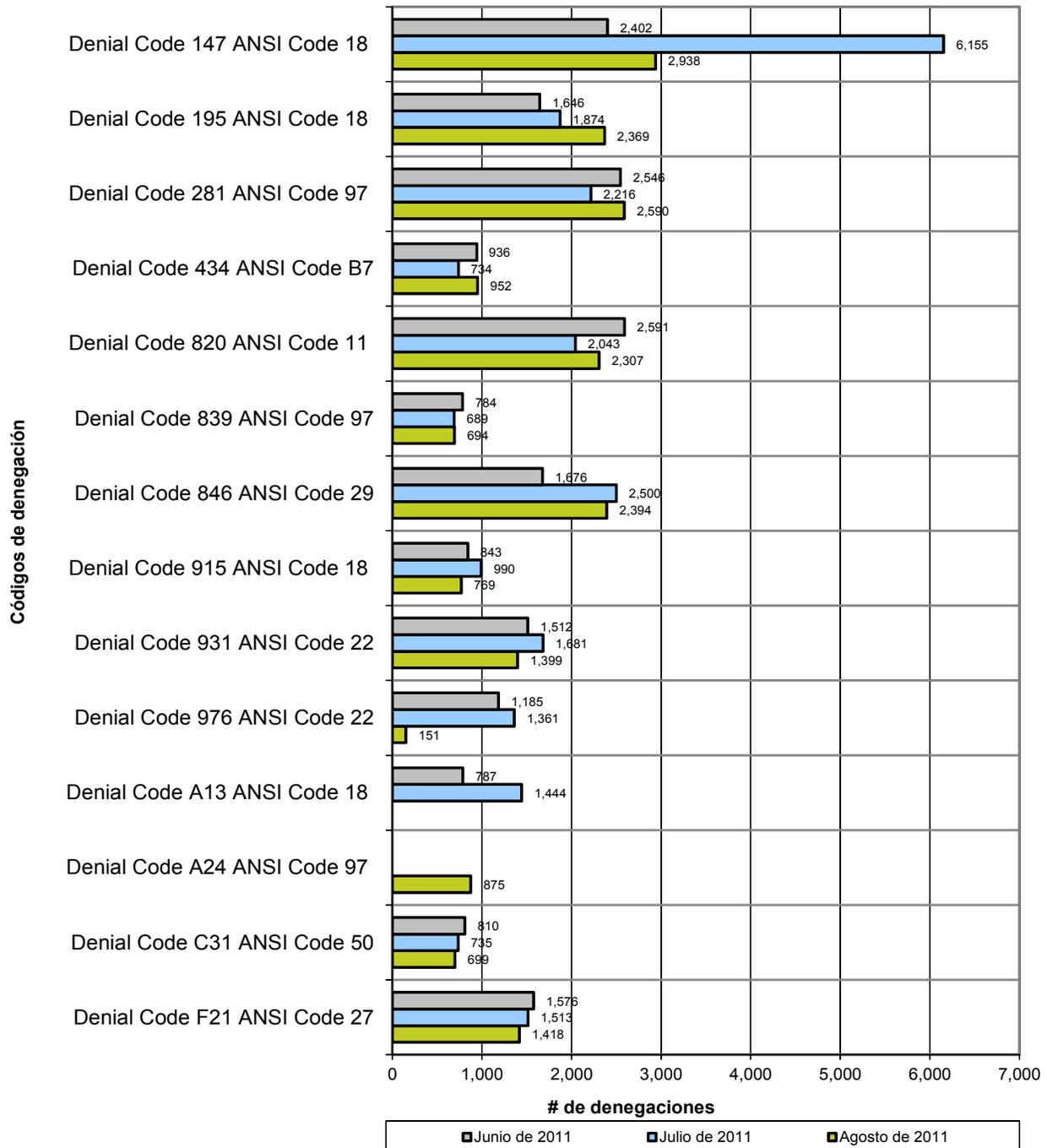
Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1101

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

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

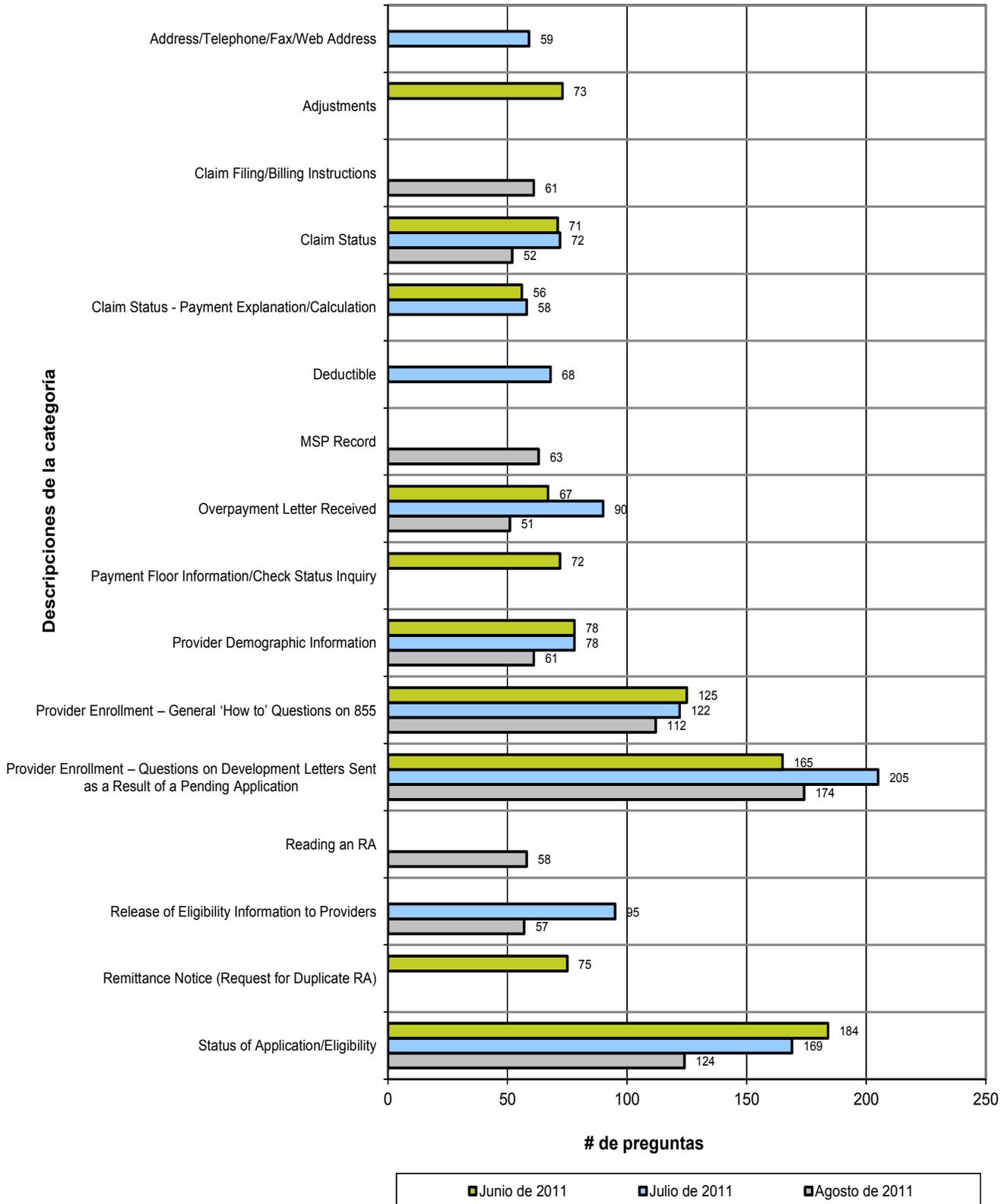
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de junio – agosto de 2011. Para consejos y recursos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

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



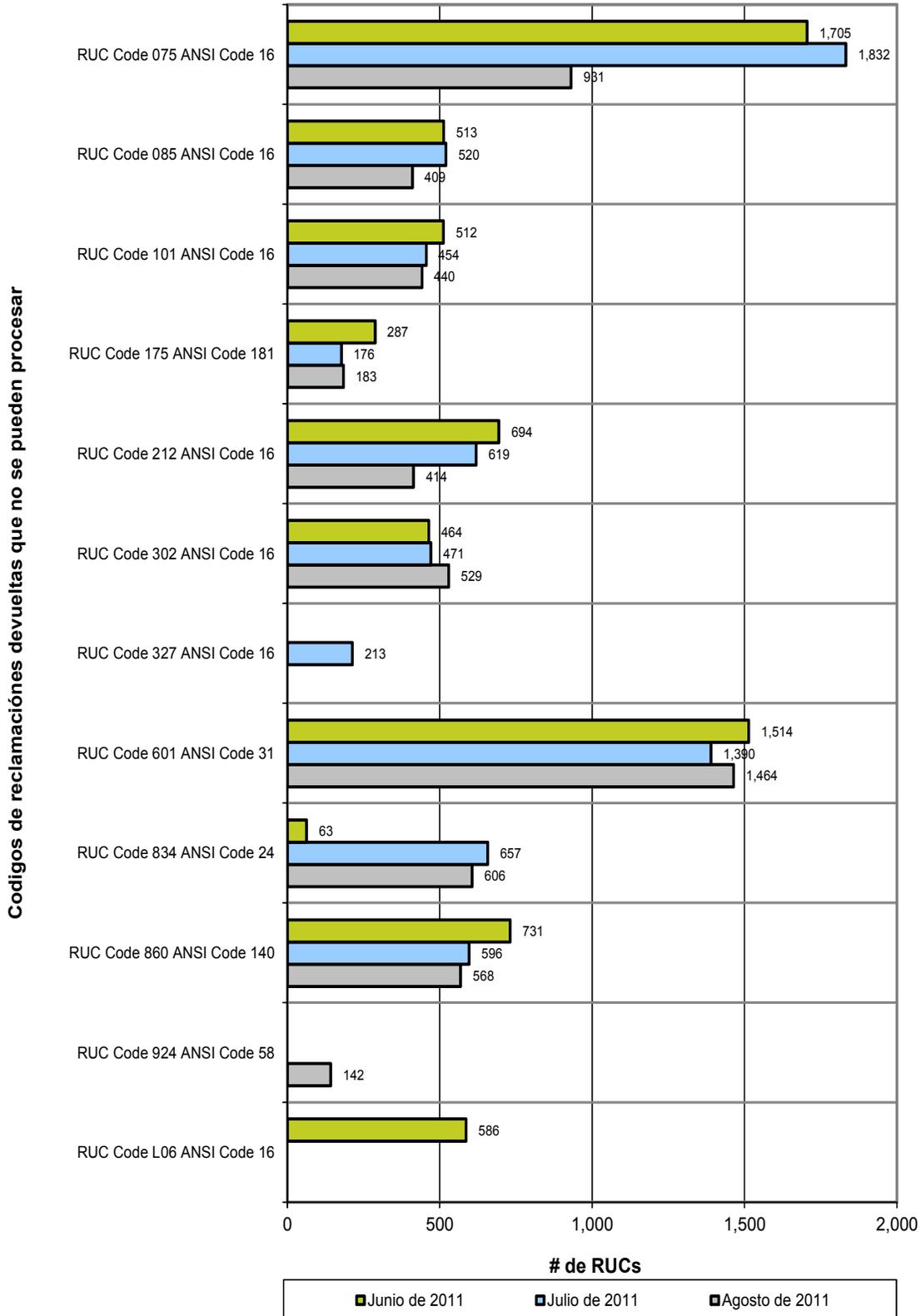
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en julio-agosto de 2011



Determinaciones locales de cobertura

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Nuevas LCD

DRUGS AND BIOLOGICALS: Label and off-label coverage of outpatient drugs and biologicals.....	61
22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions.....	61
27130: Major joint replacement (hip and knee).....	62
86849: Circulating tumor cell testing.....	62
37221: Vascular stenting of lower extremity arteries.....	63

Revisiones a las LCD Existentes

93922: Noninvasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries.....	63
Magnetic resonance imaging (MRI).....	63
93303: Transthoracic echocardiography (TTE).....	64
NCSVCS: Noncovered services.....	64

LCD Retirada

J3487: Zoledronic Acid.....	65
-----------------------------	----

Información Médica adicional

Cambios a códigos 2012 ICD-9-CM (Parte B).....	66
J1740: Biphosphonates (Intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications.....	71

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.

Los ítems presentados con **el modificador GZ**, serán rechazados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

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

Nuevas LCD

DRUGS AND BIOLOGICALS: Label and off-label coverage of outpatient drugs and biologicals – LCD nueva

Identificador de LCD: L32094 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El contratista administrativo de Medicare (MAC) de Jurisdicción 9 (J9) recibe frecuentes consultas de partes interesadas cuando hay medicinas recientemente aprobadas por Food and Drug Administration (FDA) y/o consultas acerca de cobertura de medicinas cuando no hay una determinación nacional de cobertura (NCD) o determinación local de cobertura (LCD) que determine la cobertura de una medicina farmacéutica o biológica en particular. Para asistir a la comunidad de proveedores a entender los requisitos de cobertura de medicinas farmacéuticas o biológicas que generalmente no son auto-administradas y son administradas en el consultorio o servicio ambulatorio de clínica u hospital y cuando no hay cobertura vigente señalado por NCD o LCD, MAC J9 ha compilado en una LCD los requisitos de cobertura de Medicare para uso indicado o no indicado en la etiqueta de medicinas farmacéuticas biológicas.

Esta nueva LCD da indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación y pautas de utilización.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios provistos **a partir del 16 de octubre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD. Para LCD con fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de LCD.

22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions – nueva LCD

Identificador de LCD: L32076 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las causas de dolor en la espalda baja provienen de una amplia variedad de condiciones, aunque en algunos casos ninguna etiología específica es identificada. La meta de la fusión espinal lumbar, también referida como lumbar artrodesis, es el de inmovilizar permanentemente la columna vertebral espinal alrededor de los discos que están causando el dolor discogénico en la espalda baja. Las técnicas de cirugía para conseguir fusión espinal lumbar son numerosas, e incluyen diferentes enfoques quirúrgicos a la espina. La fusión espinal debe ser solamente considerada como el último recurso en el tratamiento de dolor de espalda y no es recomendado para todas las personas que adolecen de dolor de espalda.

Una determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada como resultado de errores encontrados por el Comprehensive Error Rate Testing (CERT) cuando se está revisando las reclamaciones de hospital del paciente hospitalizado para cirugía de fusión espinal lumbar. Esta LCD ofrece indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos CPT, requisitos de documentación, directrices de utilización, y directrices de codificación para fusión espinal lumbar para inestabilidad y enfermedades degenerativas de los discos.

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de octubre 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.

27130: Major joint replacement (hip and knee) – nueva LCD

Identificador de LCD: L32081 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El índice de error de noviembre de 2010 del “medical severity-diagnosis related group” (MS-DRG) del paciente hospitalizado de Parte A del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9) fue de 18.1 por ciento. Este índice de error es considerablemente más alto que el índice nacional DRG del paciente hospitalizado. Basado en los hallazgos de revisión del comprehensive error rate testing (CERT), MS-DRG 470 (major joint replacement or reattachment of lower extremity) ha sido identificado como que es de alto riesgo para error de pago, con un error de pago para noviembre de 2010 de 23.90 por ciento. 100 por ciento de los errores identificados por CERT fueron debido a fallas de documentación en el registro médico del hospital para sustentar la necesidad médica del procedimiento.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada como resultado de los errores CERT identificados, cuando se revisan las reclamaciones de hospital del paciente hospitalizado para cirugía de reemplazo total de cadera y reemplazo total de rodilla. Esta LCD ofrece indicaciones y limitaciones de cobertura, para los códigos CPT, requisitos de documentación, directrices de utilización, códigos de diagnósticos ICD-9-CM, códigos de procedimiento ICD-9-CM y directrices de codificación para el reemplazo mayor de coyuntura (cadera y rodilla).

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de octubre 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.

86849: Circulating tumor cell testing – nueva LCD

Identificador de LCD: L32098 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las células tumorales circulantes (CTC) son células raras malignas encontradas en la sangre periférica la cual se origina del tumor primario o sitios de metástasis. La detección de los CTC tiene varias aplicaciones propuestas, algunas de las cuales han sido reportadas en estudios observacionales bien diseñados (prospectivo y retrospectivo de pacientes con cánceres metastáticos. También existen varias pruebas clínicas controladas en progreso evaluando la utilidad clínica de los resultados CTC en el cuidado de los pacientes con cánceres metastáticos (la aplicación en la toma de decisión clínica que impacta los resultados del paciente). Existen varios métodos de detección de los CTC, los cuales están en varios estados de investigación y desarrollo. El bajo nivel de concentración de células epiteliales malignas en muestra de sangre las hacen difíciles de detectar, aunque el empuje de mejorar la vigilancia y tratamiento de pacientes de cáncer hace el CTC un área de investigación y desarrollo. Las técnicas que han sido utilizadas para detectar los CTC incluyen métodos directos (enriquecimiento/detección) incluyendo “Immunomagnetic Bead Separation”, “Immunohistochemistry” (IHC), métodos fluorescentes automatizados, “Dielectrophoresis” y métodos indirectos (análisis de ácido nucleico “reverse-transcriptase polymerase chain reaction” [RT-PCR]).

Esta determinación local de cobertura (LCD) del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) trata muy limitada la cobertura para una metodología, la prueba CellSearch® (Veridex LLC, Warren, NJ) la prueba “circulating tumor

cell” (CTC). Todos los otros métodos de detección CTC, incluyendo pruebas PCR (RT-PCR), no están cubiertas. Todas las pruebas de CTC no están cubiertas para todos los diagnósticos de prueba de rutina o declaraciones de pronóstico (predicción en general o supervivencia libre de progresión).

Las pruebas CTC para la prueba CellSearch® pueden ser cubiertas por pacientes con cáncer de pecho metastático, colorrectal y próstata cuando el criterio es cumplido como es descrito en esta LCD, el cual ha sido desarrollado para proveer indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, requisitos de documentación y directrices de utilización para este servicio. En adición, el anexo de la LCD “Coding Guidelines” también ha sido desarrollado para este servicio.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de octubre 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.

37221: Vascular stenting of lower extremity arteries – nueva LCD

Identificador de LCD: L32102 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) considerará “vascular stenting of lower extremity arteries” como médicamente razonable y necesaria para un paciente bajo cualquiera de las circunstancias descritas en la determinación local de cobertura (LCD) para este servicio.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para proveer indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, los requisitos de documentación y las directrices de utilización para stenting vascular de las arterias de la extremidad baja. Un anexo de LCD “Coding Guidelines” también ha sido desarrollado para este servicio.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios provistos a **partir del 16 de octubre 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

Revisiones a las LCD Existentes

93922: Noninvasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries – revisión de la LCD

Identificador de LCD: L29237 (Florida)

Identificador de LCD: L29324 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La LCD para estudios fisiológicos no invasivos de las arterias de las extremidades superiores o inferiores se revisó por última vez el 1 de enero de 2011. Desde entonces, se ha revisado la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, a fin de agregar texto que indique que las mediciones de la tensión transcutáneas de oxígeno (TpO2) pueden ser realizadas por personal con credenciales de enfermero titulado especializado en CHRN o de técnico especializado en CHT otorgadas por la National Board of Diving and Hyperbaric Medical Technology, NBDHMT).

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es aplicable para servicios prestados a **partir del 23 de agosto de 2011 en adelante**. First Coast Service Options Inc. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Magnetic resonance imaging (MRI) - revisiones de las LCD (Parte B)

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

Identificador de LCD: L29448, L29362, L29363, L29449, L29450 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

CMS emitió el CR 7441, transmisiones 134 y 2293 el 26 de agosto de 2011. Esta petición de cambio establece nuevos requisitos de cobertura de MRI en los pacientes con marcapasos permanentes implantados. Los CMS consideran que la evidencia es lo suficientemente adecuada como para concluir que la MRI mejora los resultados de salud para los beneficiarios de Medicare con PM, cuando los PM se usan de acuerdo con las indicaciones de uso en un entorno de MRI de la FDA. Continuarán aplicándose a los pacientes con PM otras contraindicaciones que pudieran estar presentes en cualquier beneficiario determinado. Estas otras contraindicaciones se indican en la NCD para marcapasos cardíacos, Pub. 100-03, Capítulo 1, Parte 4, Sección 220.2.C.1. Se han revisado las siguientes LCD de acuerdo con los nuevos requisitos que se

encuentran en la petición de cambio 7441: 73721 (MRI de cualquier articulación de las extremidades inferiores); 70551 (MRI de cerebro); 70540 (MRI de órbita, rostro y/o cuello); 72141 (MRI de columna vertebral); 73218 (MRI de extremidad superior).

Fecha de vigencia

Estas revisiones de las LCD son aplicables para las reclamaciones procesadas el **26 de septiembre de 2011 o con posterioridad, para los servicios proporcionados el 7 de julio de 2011** o con posterioridad. First Coast Service Options Inc. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

93303: Transthoracic echocardiography (TTE) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29296 (Florida)

Identificador de LCD: L29402 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para transthoracic echocardiography (TTE) fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2010. Desde ese tiempo, se hicieron revisiones según la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para actualizar la aplicación de cobertura y clarificar la utilización de pruebas para las condiciones y diagnósticos indicados. También fue actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para los servicios provistos **a partir del 16 de octubre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

NCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios sin cobertura fue revisada por última vez el 1 de julio de 2011. Desde ese tiempo, se hizo una nueva revisión. Nuevos códigos *CPT* Category III de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) Actualización anual 2011 HCPCS (Orden de cambio [CR] 7121) y de CMS en Julio de 2011 actualización del sistema de pagos prospectivos de pacientes ambulatorios de hospital (OPPS (CR 7443) fueron evaluados y se determinó que no son médicamente razonables y necesarios en este momento en base a la evidencia publicada actualmente disponible (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, fueron agregados a la LCD de servicios sin cobertura los siguientes códigos *CPT* Category III: 0234T, 0235T, 0236T, 0237T, 0238T, 0254T, 0255T, 0263T, 0264T, 0265T, y 0274T.

Bajo la sección “*CPT*/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD, fueron agregados los códigos *CPT* Category III siguientes:

0234T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; renal artery*

0235T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; visceral artery (except renal), each vessel*

0236T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; abdominal aorta*

0237T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; brachiocephalic trunk and branches, each vessel*

0238T - *Transluminal peripheral atherectomy, open or percutaneous, including radiological supervision and interpretation; iliac artery, each vessel*

0254T - *Endovascular repair of iliac artery bifurcation (eg, aneurysm, pseudoaneurysm, arteriovenous malformation, trauma) using bifurcated endoprosthesis from the common iliac artery into both the external and internal iliac artery, unilateral;*

0255T - *Endovascular repair of iliac artery bifurcation (eg, aneurysm, pseudoaneurysm, arteriovenous malformation, trauma) using bifurcated endoprosthesis from the common iliac artery into both the external and internal iliac artery, unilateral; radiological supervision and interpretation*

0262T - *Implantation of catheter-delivered prosthetic pulmonary valve, endovascular approach*

0263T - *Intramuscular autologous bone marrow cell therapy, with preparation of harvested cells, multiple injections, one leg, including ultrasound guidance, if performed; complete procedure including unilateral or bilateral bone marrow harvest*

Continúa en la página siguiente

NCSVCS...(Continuación)

0264T - *Intramuscular autologous bone marrow cell therapy, with preparation of harvested cells, multiple injections, one leg, including ultrasound guidance, if performed; complete procedure excluding bone marrow harvest*

0265T - *Intramuscular autologous bone marrow cell therapy, with preparation of harvested cells, multiple injections, one leg, including ultrasound guidance, if performed; unilateral or bilateral bone marrow harvest only for intramuscular autologous bone marrow cell therapy*

0274T - *Percutaneous laminotomy/laminectomy (intralaminar approach) for decompression of neural elements, (with or without ligamentous resection, discectomy, facetectomy and/or foraminotomy) any method under indirect image guidance (eg, fluoroscopic, CT), with or without the use of an endoscope, single or multiple levels, unilateral or bilateral; cervical or thoracic*

Además, el código fuera de lista CPT 47399 (Irreversible electroporation [e.g., NanoKnife System] – ablación quirúrgica de tejido blando del hígado; otros códigos fuera de lista serán presentados en base a la ubicación anatómica tratada) fue evaluado y se determinó que no es médicamente razonable y necesario en este momento en base a la evidencia publicada actualmente disponible (e.g., literatura

médica revisada por colegas, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, el código CPT 47399 fue agregado a la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD.

También, los códigos CPT 82172, 83090GY, 86618, 86628 y 86631 fueron evaluados para cobertura y se ha determinado quitarlos de la sección “CPT/HCPCS Codes - Local Noncoverage Decisions – Laboratory Procedures” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para agregar los códigos CPT 0234T, 0235T, 0236T, 0237T, 0238T, 0254T, 0255T, 0263T, 0264T, 0265T, 0274T y 47399 entra en vigencia para servicios provistos **a partir del 16 de octubre de 2011**. La revisión de la LCD para eliminar los códigos CPT 82172, 83090GY, 86618, 86628 y 86631 entra en vigencia para servicios provistos a partir del 16 de septiembre de 2011.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

LCD Retirada

J3487: Zoledronic Acid – LCD retirada

Identificador de LCD: L29312 (Florida)

Identificador de LCD: L29411 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “zoledronic acid” fue revisada por última vez el 15 de enero de 2010. Desde ese tiempo, una nueva LCD titulada “bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications” (J1740) ha sido desarrollada para reemplazar la LCD “zoledronic acid”. Por lo tanto, la LCD “zoledronic acid” está siendo retirada.

Fecha de vigencia

Esta LCD está retirada efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de octubre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Información Médica Adicional

Cambios a códigos 2012 ICD-9-CM (Parte B)

La actualización a 2012 de la estructura de códigos de diagnóstico ICD-9-CM está vigente para servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2011**. Los códigos de diagnóstico actualizados deben ser utilizados para todos los servicios facturados **a partir del 1 de octubre de 2011**. Los médicos, otros profesionales de la salud y suplidores, deben facturar utilizando un código de diagnóstico válido para esa fecha de servicio. Los contratistas no podrán continuar aceptando códigos de diagnóstico discontinuado por servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2011. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha revisado todas las determinaciones nacionales de cobertura (LCD) para códigos de procedimiento con criterios de diagnóstico específicos que están afectados por la actualización de 2012 ICD-9-CM. La tabla a continuación contiene una lista de LCD afectadas y las condiciones específicas revisadas como resultado de la actualización de 2012 ICD-9-CM:

Título de la LCD	Cambios 2012
11600 Excision of Malignant Skin Lesions	<p>Eliminados los códigos de diagnóstico 173.5, 173.6 y 173.7 para códigos de procedimiento 11600, 11601, 11602, 11603, 11604 y 11606.</p> <p>Eliminados los códigos de diagnóstico 173.4, 173.6 y 173.7 para códigos de procedimiento 11620, 11621, 11622, 11623, 11624 y 11626.</p> <p>Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3 y 173.8 para códigos de procedimiento 11640, 11641, 11642, 11643, 11644 y 11646.</p> <p>Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.50-173.59, 173.60-173.69 y 173.70-173.79 para códigos de procedimiento 11600, 11601, 11602, 11603, 11604 y 11606.</p> <p>Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.40-173.49, 173.60-173.69 y 173.70-173.79 para códigos de procedimiento 11620, 11621, 11622, 11623, 11624 y 11626.</p> <p>Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39 y 173.80-173.89 para códigos de procedimiento 11640, 11641, 11642, 11643, 11644 y 11646.</p>
17260 Destruction of Malignant Skin Lesions	<p>Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 173.5, 173.6, 173.7 y 173.8 para códigos de procedimiento 17260, 17261, 17262, 17263, 17264, 17266, 17270, 17271, 17272, 17273, 17274, 17276, 17280, 17281, 17282, 17283, 17284 y 17286.</p> <p>Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39, 173.40-173.49, 173.50-173.59, 173.60-173.69, 173.70-173.79 y 173.80-173.89 para códigos de procedimiento 17260, 17261, 17262, 17263, 17264, 17266, 17270, 17271, 17272, 17273, 17274, 17276, 17280, 17281, 17282, 17283, 17284 y 17286.</p>
17311 Mohs Micrographic Surgery (MMS)	<p>Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 173.5, 173.6, 173.7 y 173.8 para códigos de procedimiento 17311, 17312, 17313, 17314 y 17315.</p> <p>Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39, 173.40-173.49, 173.50-173.59, 173.60-173.69, 173.70-173.79 y 173.80-173.89 para códigos de procedimiento 17311, 17312, 17313, 17314 y 17315.</p>

Continúa en la página siguiente

Cambios...(Continuación)

Título de la LCD	Cambios 2012
31525 Diagnostic Laryngoscopy	Se ha cambiado el descriptor del código de diagnóstico 995.0 para códigos de procedimiento 31525 y 31575.
43235 Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy	Eliminado el código de diagnóstico 997.4 para códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255 y 43258. Se agrega el rango de código de diagnóstico 997.41-997.49 para códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255 y 43258.
65855 Laser Trabeculoplasty	Se ha cambiado el descriptor del código de diagnóstico 365.01 para código de procedimiento 65855. Se agrega código de diagnóstico 365.05 para código de procedimiento 65855.
66761 Iridotomy by Laser Surgery	Se agrega código de diagnóstico 365.06 para código de procedimiento 66761.
70544 Magnetic Resonance Angiography (MRA)	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 74185, C8900, C8901 y C8902. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 74185, C8900, C8901 y C8902.
71275 Computed tomographic Angiography of the Chest, Heart and Coronary Arteries	Eliminados los códigos de diagnóstico 518.5 y 747.3 para código de procedimiento 71275. Se agregan los rangos de código de diagnóstico 518.51-518.53 y 747.31-747.39 para código de procedimiento 71275. Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 75571, 75572, 75573 y 75574.
73218 Magnetic Resonance Imaging of Upper Extremity	Eliminado el código de diagnóstico 173.6 para códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222 y 73223. Se agrega el rango de código de diagnóstico 173.60-173.69 para códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222 y 73223. Se cambian códigos de diagnóstico individual 999.31 y 999.39 a rango de código de diagnóstico 999.31-999.39 para incluir nuevos códigos de diagnóstico 999.32-999.34 para códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222 y 73223.
75722 Renal Angiography	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 75722 y 75724. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 75722 y 75724.
77402 Radiation Therapy for T1 Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas of the Skin	Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.5, 173.6, 173.7 y 173.9 para códigos de procedimiento 77401, 77402, 77403, 77404, 77406, 77785, 77786 y 77789. Se agrega código de diagnósticos 173.01, 173.02, 173.11, 173.12, 173.21, 173.22, 173.31, 173.32, 173.51, 173.52, 173.61, 173.62, 173.71, 173.72, 173.91 y 173.92 para códigos de procedimiento 77401, 77402, 77403, 77404, 77406, 77785, 77786 y 77789.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(Continuación)

Título de la LCD	Cambios 2012
77520 Proton Beam Radiotherapy	Se cambia el rango de código de diagnóstico 173.0-173.9 a rango de código de diagnóstico 173.00-173.99 para códigos de procedimiento 77520, 77522, 77523 y 77525 (Lista de grupo #2)
78451 Cardiovascular Nuclear Imaging Studies	Eliminado el código de diagnóstico 425.1 para códigos de procedimiento 78472, 78473, 78481, 78483, 78494 y 78496. Se agrega el rango de código de diagnóstico 425.11-425.18 para códigos de procedimiento 78472, 78473, 78481, 78483, 78494 y 78496. Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 78451, 78452, 78453, 78454, 78472, 78473, 78481, 78483, 78494 y 78496.
78459 Myocardial Imaging, Positron Emission Tomography (PET) Scan	Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 78459, 78491 y 78492.
80076 Hepatic (Liver) Function Panel	Se ha cambiado el descriptor del código de diagnóstico 995.0 para código de procedimiento 80076.
83735 Magnesium	Eliminado el código de diagnóstico 998.0 para código de procedimiento 83735. Se agrega el rango de código de diagnóstico 998.00-998.09 para código de procedimiento 83735.
86003 Allergy Testing	Se ha cambiado el descriptor del código de diagnóstico 995.0 para códigos de procedimiento 86003, 95004, 95010, 95015, 95024, 95027 y 95028. Se cambian los códigos descriptores de diagnóstico 995.60, 995.61, 995.62, 995.63, 995.64, 995.65, 995.66, 995.67, 995.68 y 995.69 para códigos de procedimiento 86003, 86005, 86160, 86161, 86162 y 95004.
90802 Interactive Psychiatric Services	Se cambian los códigos descriptores de diagnóstico 317, 318.0, 318.1 y 318.2 para códigos de procedimiento 90802, 90810, 90811, 90812, 90813, 90814, 90815, 90823, 90824, 90826, 90827, 90828, 90829 y 90857.
90804 Individual Psychotherapy	Se cambian los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0-318.2 para códigos de procedimiento 90804, 90805, 90806, 90807, 90808, 90809, 90816, 90817, 90818, 90819, 90821 y 90822.
90847 Family Psychotherapy	Se cambian los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0-318.2 para códigos de procedimiento 90846 y 90847.
90853 Group Psychotherapy	Se cambian los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0-318.2 para código de procedimiento 90853.
90862 Pharmacologic Medication Management for Psychotherapy Services	Se cambian los códigos descriptores de diagnóstico 317 y 318.0-318.2 para códigos de procedimiento 90862 y M0064.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(Continuación)

Título de la LCD	Cambios 2012
92081 Visual Field Examination	Eliminado el nuevo rango de códigos de diagnóstico 365.70-365.74 del rango de códigos de diagnóstico 365.00-365.9 para códigos de procedimiento 92081, 92082 y 92083 por no ser adecuados. Se agrega código de diagnósticos 365.05 y 365.06 para códigos de procedimiento 92081, 92082 y 92083.
92132 Scanning Computerized Ophthalmic Diagnostic Imaging (SCODI)	Se agrega código de diagnóstico 365.05 para códigos de procedimiento 92133 y 92134. Se agrega código de diagnóstico 365.06 para código de procedimiento 92132, 92133 y 92134.
92225 Ophthalmoscopy	Se agrega código de diagnósticos 365.05, 365.06 y 365.70-365.74 para códigos de procedimiento 92225 y 92226.
92285 External Ocular Photography	Eliminado el código de diagnóstico 173.1 para código de procedimiento 92285. Se agrega el rango de código de diagnóstico 173.10-173.19 para código de procedimiento 92285.
93224 External Electrocardiography Recording	Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 93224, 93225, 93226 y 93227.
93303 Transthoracic Echocardiography (TTE)	Eliminado el código de diagnóstico 998.0 para códigos de procedimiento 93306, 93307 y 93308. Se agrega código de diagnósticos 414.4 y 998.00-998.09 para códigos de procedimiento 93306, 93307 y 93308. Se cambia el rango de código de diagnóstico 444.0-444.9 a rango de código de diagnóstico 444.01-444.9 para códigos de procedimiento 93306, 93307 y 93308. Se cambian códigos de diagnóstico individual 999.31 y 999.39 a rango de código de diagnóstico 999.31-999.39 para incluir nuevos códigos de diagnóstico 999.32-999.34 para códigos de procedimiento 93306, 93307 y 93308.
93312 Transesophageal Echocardiogram	Eliminado el código de diagnóstico 747.3 para códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317 y 93318. Se agrega código de diagnósticos 414.4 y 747.31-747.39 para códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317 y 93318. Se cambia el rango de código de diagnóstico 444.0-444.9 a rango de código de diagnóstico 444.01-444.9 para códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317 y 93318.
93350 Stress Echocardiography	Se agrega código de diagnóstico 414.4 para códigos de procedimiento 93350, 93351 y 93352.
93701 Cardiac Output Monitoring by Thoracic Electrical Bioimpedance	Se agrega código de diagnóstico 414.4 para código de procedimiento 93701.
93922 Non-Invasive Physiologic Studies of Upper or Lower Extremity Arteries	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 93922, 93923 y 93924. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 93922, 93923 y 93924.
93925 Duplex Scan of Lower Extremity Arteries	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 93925 y 93926. Se agrega código de diagnósticos 444.01 y 444.09 para códigos de procedimiento 93925 y 93926.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(Continuación)

Título de la LCD	Cambios 2012
93965 Non-Invasive Evaluation of Extremity Veins	Se agrega código de diagnóstico 415.13 para códigos de procedimiento 93965, 93970 y 93971.
93975 Duplex Scanning	Eliminado el código de diagnóstico 444.0 para códigos de procedimiento 93978 y 93979. Se agrega el rango de código de diagnóstico 444.01-444.09 para códigos de procedimiento 93978 y 93979.
94760 Noninvasive Ear or Pulse Oximetry for Oxygen Saturation	Eliminado el código de diagnóstico 518.5 para códigos de procedimiento 94760, 94761 y 94762. Se agrega el rango de código de diagnóstico 518.51-518.53 para códigos de procedimiento 94760, 94761 y 94762.
95115 Allergen Immunotherapy	Se ha cambiado el descriptor del código de diagnóstico 995.0 para códigos de procedimiento 95115 y 95117.
G0237 Respiratory Therapeutic Services	Eliminado el código de diagnóstico 516.3 para códigos de procedimiento G0237, G0238 y G0239. Se agrega el rango de código de diagnóstico 516.30-516.37 para códigos de procedimiento G0237, G0238 y G0239.
J0800 Corticotropin	Eliminado el código de diagnóstico 999.5 para código de procedimiento J0800. Se agrega el rango de código de diagnóstico 999.51-999.59 para código de procedimiento J0800.
J2820 Sargramostim (GM-CSF, Leukine®)	Se agrega código de diagnóstico 996.88 para código de procedimiento J2820.
J7187 Hemophilia Clotting Factors	Eliminado el código de diagnóstico 286.5 para códigos de procedimiento J7187, J7189, J7190, J7191, J7192, J7193, J7194, J7195, J7198 y Q2041. Se agrega el rango de código de diagnóstico 286.52-286.59 para códigos de procedimiento J7187, J7189, J7190, J7191, J7192, J7193, J7194, J7195, J7198 y Q2041.
J7308 Topical Photosensitizers used with PDT for Actinic Keratoses and Certain Skin Cancers	Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3, 173.4, 173.5, 173.6, 173.7 y 173.8 para códigos de procedimiento J7308 y J7309. Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39, 173.40-173.49, 173.50-173.59, 173.60-173.69, 173.70-173.79 y 173.80-173.89 para códigos de procedimiento J7308 y J7309.
J9171 Docetaxel (Taxotere®)	Eliminados los códigos de diagnóstico 173.0, 173.1, 173.2, 173.3 y 173.4 para código de procedimiento J9171. Se agregan los rangos de código de diagnóstico 173.00-173.09, 173.10-173.19, 173.20-173.29, 173.30-173.39 y 173.40-173.49 para código de procedimiento J9171.
J9181 Etoposide, (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16)	Se cambia el rango de código de diagnóstico 173.0-173.9 a rango de código de diagnóstico 173.00-173.99 para código de procedimiento J9181.
J9212 Interferon	Se cambia el rango de código de diagnóstico 173.0-173.9 a rango de código de diagnóstico 173.00-173.99 para código de procedimiento J9214.

Continúa en la página siguiente

Cambios...(Continuación)

Título de la LCD	Cambios 2012
PULMDIAGSVCS Pulmonary Diagnostic Services	<p>Eliminado el nuevo rango de códigos de diagnóstico 516.61-516.69 del rango de códigos de diagnóstico 516.0-516.9 para códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725 y 94750 por no ser adecuados.</p> <p>Eliminado el código de diagnóstico 793.1 para códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725 y 94750.</p> <p>Se agrega código de diagnósticos 516.30-516.37, 516.4 y 516.5 para códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725 y 94750.</p> <p>Se agrega el rango de código de diagnóstico 793.11-793.19 para códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725 y 94750.</p>

J1740: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – clarificación de la LCD

Identificador de LCD: L32100 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El 2 de septiembre de 2011 se envió un artículo a los sitios Web del proveedor de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y First Coast Service Options (FCSO), para dar comienzo al período de notificación de esta determinación local de cobertura (LCD). Desde entonces, fue quitado para Prolia™ el requisito de diagnosis dual (representado por el código de diagnóstico ICD-9-CM E932.0 [Adrenal cortical steroids causing adverse effects in therapeutic use]).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios provistos **a partir del 16 de octubre 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.

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 2011 a septiembre 2012.	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

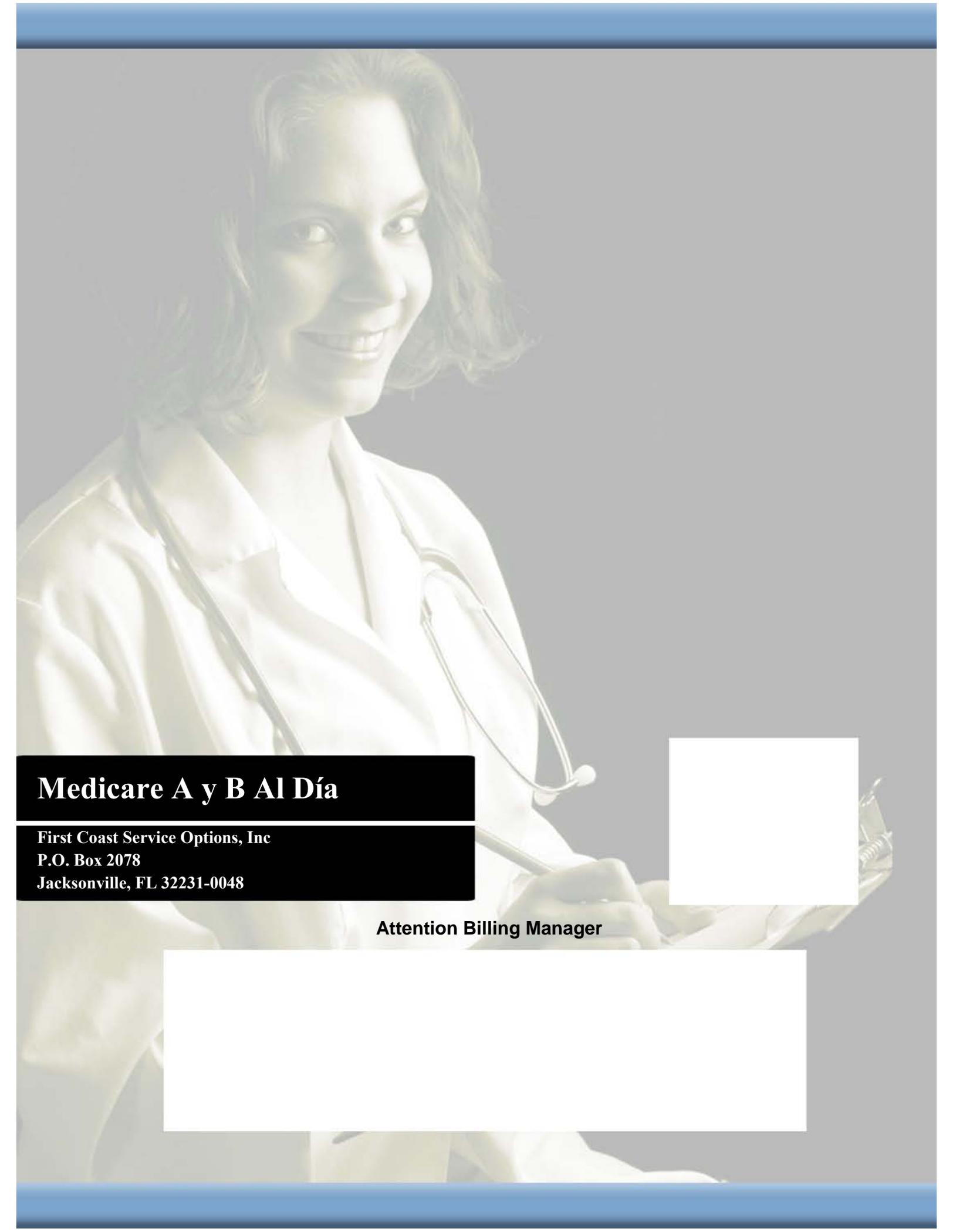
Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager