

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Octubre 2011



## Características

Sobre esta publicación .....	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales .....	24
Información para proveedores de la Parte A.....	25
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	31
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	33
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	34
Información para proveedores de la Parte B.....	35
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	40
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	43
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	44

## Reduciendo los pagos impropios, combatiendo el fraude, y reduciendo el desperdicio de dinero y abuso bajo el Affordable Care Act

### Regla final publicada para el programa de auditoría de recuperación de Medicaid

El miércoles, 14 de septiembre de 2011, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) publicó su regla final para el programa de auditoría de recuperación de Medicaid, una parte clave de las iniciativas de la Administración para reducir el desperdicio, fraude, y abuso. Creado por el Affordable Care Act, el programa de auditoría de recuperación de Medicaid ayudará a los estados a identificar y recuperar pagos impropios de Medicaid. El programa tendrá en su mayoría fondos propios, pagando a auditores independientes una tarifa de contingencia por cualquier pago impropio que recupere que tuvo lugar en los tres años pasados.

Los contratistas de auditoría de recuperaciones (RAC) detectan y corrigen los pagos impropios pasados. Los RAC revisan las reclamaciones después que los pagos han sido realizados, utilizando procesos de revisiones simples y automatizadas y revisiones detalladas que incluyen registros médicos. Los RAC solamente pueden ir a tres años anteriores de la fecha en que la reclamación fue pagada, y son requeridos que empleen un personal que consista de enfermeras, terapistas, y codificadores

certificados, y un médico. Bajo estas expansiones, los RAC ayudarán a identificar y recuperar sobrepagos y pagos insuficientes a los proveedores de Medicare y Medicaid por primera vez.

### Nuevos recursos para combatir el fraude

El Affordable Care Act provee \$350 millones adicionales en 10 años y una inflación anual de ajuste para ayudar los esfuerzos contra el fraude, incluyendo el incremento de escrutinio de reclamaciones antes de que sean pagadas, inversiones en datos analíticos sofisticados, y más agentes de aplicación de la ley "en las calles" y otras formas para combatir el fraude en el sistema del cuidado de la salud.

Estos esfuerzos construyen en nuestro recientemente conferido contrato de modelo predictivo bajo el cual los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están utilizando el tipo de tecnología usada por las compañías de tarjetas de crédito para detener el fraude. Desde el 30 de junio de este año, CMS ha estado utilizando esta tecnología para ayudar a identificar las reclamaciones potencialmente fraudulentas de Medicare y poner al descubierto a los proveedores y suplidores fraudulentos, señalándolos para investigación y referirlos a los agentes de la ley. Esta nueva herramienta permite a CMS por

*Continúa en la página 5*



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



**Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante**

<b>Sobre esta publicación</b> .....	3	Prohibición de facturar balance de los beneficiarios calificados de Medicare .....	21
Actualización trimestral para proveedores .....	4	Remesa especial del programa de pagos de incentivo por cuidados primarios .....	22
<b>Partes A y B</b>		Discontinuación de verificación de estatus de nacimiento en el extranjero .....	22
<b>Cobertura y Reembolso</b>		Programa de incentivo EHR de Medicare .....	22
Facturación de farmacia para los medicamentos provistos "subordinados" a los servicios de un médico .....	5	Contacte a FCSO si usted cree que ha sido identificado incorrectamente .....	23
Clarificación de política de pago de evaluación y manejo .....	6	Implementación del proceso de colección de tarifa de aplicación de Pay.gov .....	23
Factor de inflación de ambulancia para el año calendario 2012 .....	6	<b>Recursos Educativos</b>	
Actualizaciones al 'Internet-only manual' .....	7	Próximos eventos educativos .....	24
¿Tiene licencia para la licitación competitiva DMEPOS? .....	7	<b>Parte A</b>	
Disponibles los precios de la vacuna contra la influenza para 2011-2012 .....	8	<b>Facturación</b>	
Prepárese para la licitación competitiva de DMEPOS .....	8	Facturación de la nueva vacuna contra el virus de influenza .....	25
<b>Intercambio Electrónico de Datos</b>		<b>Hospital</b>	
Actualización de códigos de categoría de estatus de reclamación .....	9	Disponible la nueva hoja informativa 'Hospital Reclassifications' .....	25
Quedan solo 90 días para la implementación completa de 5010 .....	10	<b>Centros de Rehabilitación</b>	
Actualización importante sobre la implementación 5010/D.O. ....	11	Hoja informativa revisada – Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System .....	25
Solamente faltan 100 días para la implementación completa de 5010 .....	12	<b>Información General</b>	
Actualización de CARC, RARC, MREP y PC Print .....	12	Procedimientos para el procesamiento de reclamaciones de servicios paliativos .....	26
Conformidad del Nivel II de versión 5010 .....	13	Tratamiento de inmunoterapia celular .....	27
<b>Educación</b>		Consejería para prevenir el uso del tabaco .....	27
Calendario MLN del programa de presentaciones para el proveedor .....	14	<b>Gráficos</b>	
Inscríbase en el Listserv de MLN Matters .....	14	Datos de procesamiento de reclamación .....	28
Nuevo 'fast fact' en la página Web de MLN de conformidad del proveedor .....	14	<b>Determinaciones Locales de Cobertura</b>	
Folleto disponible Expanded Benefits .....	15	Tabla de contenido de LCD Parte A .....	31
Nueva hoja informativa sobre preparación para las pruebas de versión 5010 .....	15	<b>Ordenar materiales de Parte A</b> .....	33
Vacúnese para protegerse del resfrío .....	15	<b>Contactos Parte A de Puerto Rico</b> .....	34
Nuevo botón electrónico de MLN para los socios del proveedor .....	16	<b>Parte B</b>	
Annual Wellness Visit folleto impreso .....	16	<b>Cobertura y Reembolso</b>	
Folleto: 'Medicare Ambulance Services' .....	16	Resumen informativo sobre PCIP .....	35
Hoja informativa revisada: 'Diabetes Related Services' .....	16	<b>Intercambio Electrónico de Datos</b>	
CMS reconoce a octubre como el Mes Nacional del Alerta del Cáncer de Mama .....	17	Transferencia del nombre de compañía no se muestra en las remesas de pago .....	35
<b>Información General</b>		<b>Educación</b>	
Fecha límite para solicitar una excepción por dificultades .....	18	Hoja informativa revisada – 'Steps to Accessing CMS Enterprise Applications' .....	36
Archivos 2012 ICD-10-PCS GEM .....	19	<b>Información General</b>	
Disponibles los datos de inscripción de medicamentos y plan de salud 2012 .....	19	Están disponibles los reportes de opiniones 2010 PQRI .....	36
Campos adicionales para cartas ADR .....	20	<b>Gráficos</b>	
Teleconferencia nacional del proveedor .....	20	Datos de procesamiento de reclamación .....	37
Teleconferencia 'Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs' .....	21	<b>Determinaciones Locales de Cobertura</b>	
		Tabla de contenido de LCD Parte B .....	40
		<b>Ordenar materiales de Parte B</b> .....	43
		<b>Contactos Parte B de Puerto Rico</b> .....	44

## Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 10  
Octubre de 2011

### Publications staff

Elvyn Nieves  
Terri Drury  
Rafael Vallesoto  
Mark Willett  
Robert Petty

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

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

Medicare Publications  
1-904-361-0723

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

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

### Third-party websites:

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

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

## Sobre Esta Publicación

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

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

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

### ¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

### ¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

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

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

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

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

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

### Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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



## Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

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

### Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare

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



## Reduciendo...(continuación de la página 1)

primera vez utilizar datos en tiempo real para avistar reclamaciones y proveedores sospechosos y tomar acción para detener los pagos fraudulentos antes de que las reclamaciones sean pagadas.

Estos esfuerzos construyen sobre los muchos aspectos del Affordable Care Act que están actualmente trabajando para reducir el desperdicio de dinero, fraude y abuso en el sistema del cuidado de la salud. Para aprender sobre los vastos logros que las nuevas herramientas han producido para prevenir y combatir el desperdicio de dinero, fraude y abuso en estos programas, vea

<http://www.healthcare.gov/news/factsheets/fraud09142011a.html>.

El comunicado de prensa está disponible en <https://www.CMS.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4084>.

**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 201109-50

## Cobertura y Reembolso

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

**Nota:** El artículo MM7397 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en agosto de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 6).

Número de *MLN Matters*: MM7397

Número de petición de cambio relacionado: 7397

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2312CP

Fecha de implementación: 1 de enero de 2012

#### Resumen

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

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

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

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7397, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2312CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2312, CR 7397

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

## Clarificación de política de pago de evaluación y manejo

Número de *MLN Matters*: MM7405  
 Número de petición de cambio relacionado: 7405  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2011  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2282CP  
 Fecha de implementación: 28 de noviembre de 2011



### Resumen

Este artículo provee información sobre los códigos recientemente creados del cuidado de observación subsiguiente del *Current Procedural Terminology (CPT) (99224-99226)*. El artículo también clarifica el uso de los códigos de evaluación y manejo por los proveedores de servicios en varios escenarios. Los puntos clave enfocados en este artículo incluyen:

- Los códigos de consulta ya no están reconocidos por Medicare
- Las preocupaciones con el reporte inicial de los códigos de cuidado de hospital
- Las visitas de facturación provistas en centro de enfermería especializada (SNF) y centros de enfermería
- Los códigos recientemente creados del cuidado de observación subsiguiente (99224-99226)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7405.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7405, 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/R2282CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2282, CR 7405

**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.

## Factor de inflación de ambulancia para el año calendario 2012

Número de *MLN Matters*: MM7546  
 Número de petición de cambio relacionado: 7546  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de julio de 2011  
 Fecha de efectividad: 30 de junio de 2011  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2310CP  
 Fecha de implementación: 8 de agosto de 2011

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7546, actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* al proveer el factor de inflación de ambulancia (AIF) para el año calendario (CY) 2012 para que los carriers de Medicare, intermediarios fiscales (FI), y los contratistas administrativos de Medicare (MAC) puedan determinar con precisión las cantidades de pago para los servicios de ambulancia. El AIF para el CY 2012 es de 2.4 por ciento.

**Nota:** Los requisitos de coseguro y deducible de Parte B aplican a los pagos bajo la tarifa fija de ambulancia.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7546.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7546, 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/R2310CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2310, CR 7546

**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 al ‘Internet-only manual’, Publicación 100-04, Capítulo 15 – ambulance to include MMEA provisions

Número de *MLN Matters*: MM7558

Número de petición de cambio relacionado: 7558

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

Fecha de efectividad: 18 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2318CP

Fecha de implementación: 18 de enero de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7558 actualiza el Capítulo 15 del *Medicare Claims Processing Manual* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para incluir las fechas correctas de extensión por el Medicare and Medicaid Extenders Act of 2010 (MMEA).

El MMEA of 2010 extiende el incremento en las cantidades de tarifa fija de ambulancia para los transportes de ambulancia terrestre, los cuales se

**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.

originaron en áreas rurales al 3 por ciento y para los transportes de ambulancia terrestre cubiertos, los cuales se originaron en áreas urbanas al 2 por ciento hasta el 31 de diciembre de 2011. El MMEA of 2010 también extiende el bono “super-rural” un año adicional, hasta el 31 de diciembre 2011.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7558.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7558, 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/R2318CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2318, CR 7558

## ¿Tiene licencia para la licitación competitiva DMEPOS?

Están pronto por venir las competencias de la ronda 2 del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS) y de orden por correo. Si usted planea licitar, tome acción ahora para asegurarse de que tiene todas las licencias requeridas para las áreas de licitación competitiva y las categorías de producto para las cuales usted planea licitar. Usted debe tener actualmente las versiones de todas las licencias requeridas en archivo con la casa de facturación nacional del suplidor (NSC) a la hora de licitar, o podemos rechazar su licitación.

El NSC ha actualizado recientemente su base de datos de licenciatura de DMEPOS. Esta base de datos contiene los requisitos de licenciatura para cada estado y territorio y le puede ayudar a verificar si usted cumple con los requisitos de licencia. Una base de datos actualizada contiene una herramienta de búsqueda que es más interactiva y está organizada por especialidad del producto en vez del tipo de suplidor. La base de datos también contiene información de contacto para las agencias que emiten licencias en cada estado y territorio.

Los requisitos de licenciatura varían según el estado y localidad. El directorio de licenciatura NSC provee un buen punto de comienzo para ayudarle a identificar las licencias que usted necesita. Los requisitos de licenciatura del estado cambian periódicamente y tienen muchas excepciones, así que la base de datos NSC sirve solamente como una guía. Sigue siendo su responsabilidad el asegurar el cumplimiento de las regulaciones estatales y federales actuales.

La nueva y mejorada base de datos de licenciatura NSC puede encontrarse en el sitio Web de NSC en <http://www.PalmettoGBA.com/NSC> (seleccione “Licensure Database” en la sección Self Service de la página de inicio). Usted puede verificar las licencias que actualmente tiene en archivo con el NSC vía Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) basado en Internet en <https://pecos.cms.hhs.gov/pecos/login.do>.

Para más información sobre el programa de licitación competitiva, incluyendo una hoja informativa sobre los requisitos de licencia para los suplidores que licitan, visite el sitio Web del contratista de implementación de licitación competitiva en [www.DMECompetitiveBid.com](http://www.DMECompetitiveBid.com).

**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 201110-06

## Disponibles los precios de la vacuna contra la influenza para 2011-2012

Recuerde – tanto la vacuna antigripal como su administración son beneficios con cobertura de Parte B. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han puesto en su sitio Web los límites de pago de la vacuna estacional 2011-2012 contra influenza en

[http://www.CMS.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/10\\_VaccinesPricing.asp](http://www.CMS.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/10_VaccinesPricing.asp).

Note que la vacuna de influenza no es una medicina con cobertura de Parte D. Para información acerca de cobertura de Medicare de vacuna de la influenza y su administración, así como recursos educacionales relacionados para profesionales del cuidado de la salud y su personal, visite

[http://www.CMS.gov/MLNProducts/35\\_PreventiveServices.asp](http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp).

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

Fuente: CMS PERL 201109-65

## Prepárese para la licitación competitiva de DMEPOS

Se aproximan 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.

### Otoño 2011

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

### Invierno 2012

- Comienza la licitación

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

- Actualice su información de contacto: Antes de inscribirse para licitar debe tener actualizada con la national supplier clearinghouse (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: ([www.cms.gov/MEDICAREPROVIDERSUPENROLL/](http://www.cms.gov/MEDICAREPROVIDERSUPENROLL/)) o revisando la hoja informativa PECOS en

[www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll\\_PECOS\\_DMEPOS\\_FactSheet\\_ICN904283.pdf](http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_DMEPOS_FactSheet_ICN904283.pdf). La 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 ([www.palmettogba.com/nsc](http://www.palmettogba.com/nsc)) siguiendo la siguiente ruta: 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.

*Continúa en la página siguiente*



## Prepárese...(continuación)

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](http://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 el sitio Web de CBIC en [www.dmecompetitivebid.com](http://www.dmecompetitivebid.com).

**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 201110-01

## Intercambio Electrónico de Datos

### Actualización de códigos de categoría de estatus de reclamación y estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM7585

Número de petición de cambio relacionado: 7585

Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de septiembre de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2314CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

#### Resumen

Este artículo, basado en la petición de cambio (CR) 7585, explica que los códigos de estatus de reclamación y los códigos de categoría de estatus de reclamación para uso por los contratistas de Medicare con el Health Care Claim Status Request and Response ASC X12N 276/277 y el Health Care Claim Acknowledgement ASC X12N 277 son actualizados tres veces al año en la reunión del comité. Estas reuniones tienen lugar cerca de enero a febrero, nuevamente en junio y finalmente a finales de septiembre o a principios de octubre, en conjunción con las reuniones del Accredited Standards Committee (ASC) X12.

El comité ha decidido permitir a la industria seis meses para la implementación de los códigos recientemente añadidos o cambiados. Los contratistas de Medicare comenzarán a utilizar los códigos actuales publicados en <http://www.wpc-edi.com/codes>, cerca del 1 de noviembre de 2011. Incluido en las listas de códigos están los detalles específicos, incluyendo la fecha cuando un código fue añadido, cambiado, o eliminado.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7585.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7585, 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/R2314CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2314, CR 7585

**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.

## Quedan solo 90 días para la implementación completa de 5010

### La semana de prueba de Versión 5010 muestra resultados promisorios

El equipo de versión 5010 de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) realizó su segundo evento nacional de prueba desde el lunes 22 al viernes 26 de agosto de 2011. Durante la semana nacional de prueba (National Testing Week), 1,252 asociados de servicios a tarifa fija (FFS) de Medicare realizaron pruebas con contratistas administrativos de Medicare utilizando el formato de versión 5010 que todas las entidades cubiertas deberán utilizar a partir del 1 de enero de 2012.

#### Resultados

Estos 1,252 asociados presentaron un total de 67,782 archivos de prueba y no se reportaron escenarios de error significativos. Adicionalmente, 74 asociados respondieron una encuesta de seguimiento acerca de la semana nacional de prueba que encontró que:

- 45 por ciento de los entrevistados respondió que estaban probando el 837I con Medicare;
- 72 por ciento respondió que estaban probando el 837P con Medicare;
- 43 por ciento respondió que estaban probando el 835 con Medicare;
- 24 por ciento respondió que estaban probando el 276/277 con Medicare; y
- 54 por ciento respondió que estaban intercambiando archivos de prueba con pagadores diferentes a Medicare.

Resultados adicionales muestran que la transición a producción está progresando. El 26 por ciento de los asociados declaró estar actualmente en estatus de producción, con un 42 por ciento adicional declarando que esperaban estar en estatus de producción dentro del próximo mes. La mayoría de los que respondieron (72 por ciento) declarando que eran capaces de recibir y procesar 277CA mientras hacían pruebas.

#### Más información

Los proveedores FFS de Medicare deben aprovechar los numerosos recursos que hemos puesto en el sitio Web dedicado a 5010 en <http://www.CMS.gov/Versions5010andD0>.

### Artículos de implementación de 5010/D.0

Se está acercando rápidamente el domingo 1 de enero de 2012, fecha de cumplimiento con HIPAA 5010. Faltan solamente 90 días para completar la implementación el domingo 1 de enero de 2012. No espere. Contacte su contratista administrativo de Medicare y haga sus pruebas ahora para evitar posible retraso en los pagos debido a pruebas 5010 en el apuro de fin de año. Hacer sus pruebas ahora, le dará tiempo para correcciones antes del domingo 1 de enero – fecha a partir de la cual solamente se aceptarán transacciones 5010.

#### Recordatorios

Sábado 1 de enero de 2011, marcó el año de inicio de la transición a 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 de 5010/D.0

#### Eventos actuales

Miércoles 5 de octubre – MAC ofrece sesiones de extensión y educación – último esfuerzo de implementación

Lunes 24 a jueves 27 de octubre 2011 – [WEDI 2011 fall conference](#) – (Información acerca de eventos en los que participa el personal de CMS Medicare FFS, pueden extenderse a toda la industria del cuidado de la salud, aunque los eventos sean orientados a la audiencia Medicare FFS).

*Continúa en la página siguiente*

**Quedan...(continuación)****Próximos eventos**

Miércoles 9 de noviembre – CMS ofrece una teleconferencia nacional del proveedor – actualización de estatus HIPAA 5010

Miércoles 7 de diciembre – CMS ofrece una teleconferencia nacional del proveedor 5010 – sesión de preguntas y respuestas

Sábado 31 de diciembre – fin del año de transición, comienzo del ambiente de producción de 5010

**Eventos pasados**

Para una lista completa de las pasadas teleconferencias nacionales 5010 del proveedor, visite [5010 national provider calls section of our versions 5010 & D.0 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 201109-69 PERL 201110-02

---

---

## Actualización importante sobre la implementación 5010/D.0 – se requiere acción ahora

Número de *MLN Matters*: SE1131

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 proveedores y sus vendedores de facturación y de software deben estar listos para comenzar a procesar las transacciones de producción del Health Insurance Portability and Accountability Act versiones 5010 & D.0 para el 31 de diciembre. Comenzando el 1 de enero de 2012, todas las reclamaciones electrónicas, solicitudes de elegibilidad y estatus de reclamación, deben usar las versiones 5010 o D.0. Las reclamaciones con la versión 4010/5.1 y transacciones relacionadas ya no serán aceptadas. La remesa de pago electrónica solamente estará disponible en la versión 5010.

Usted debe cumplir con esta fecha límite importante para evitar retrasos en los pagos para las reclamaciones de servicio a tarifa (FFS) de Medicare después del 31 de diciembre de 2011. La implementación exige cambios al software, sistemas, y quizás de los procedimientos que usted utiliza para facturar a Medicare y a otros pagadores.

Contacte a su contratista administrativo de Medicare (MAC) para recibir la versión gratuita del software 5010 (PC-Ace Pro32) y comience a probar ahora. Considere contratar a una casa de facturación que cumpla con la versión 5010 que pueda traducir las transacciones que no son conformes en transacciones conformes 5010. Para los proveedores de equipo médico duradero (DME) de Parte B, descargue el software gratuito Medicare Remit Easy Print (MREP) para ver e imprimir remesas de pago 835 de HIPAA 5010, las cuales están disponibles en [http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02\\_MedicareRemitEasyPrint.asp](http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp). Los proveedores de Parte A pueden descargar el software gratuito PC-Print para ver e imprimir las remesas de pago 835 conformes con HIPAA 5010, la cual está disponible en [http://medicare.fcso.com/PC-print\\_software/](http://medicare.fcso.com/PC-print_software/).

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1131.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1131

**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.

## Solamente faltan 100 días para la implementación completa de 5010

La fecha de conformidad de HIPAA 5010 se acerca rápida. Solamente faltan 100 días para la implementación completa el 1 de enero de 2012.

Comenzando el 1 de enero de 2012, la versión 5010 será requerida para todas las transacciones estándares de HIPAA. Esto significa:

- Comenzando el 1 de enero de 2012, la versión 4010A1 de HIPAA ya no será aceptada por Medicare.
- Todos los socios comerciales deben operar con la versión 5010 de HIPAA.

### Es esencial comenzar la transición ahora para prevenir una interrupción en el procesamiento de sus reclamaciones y en el flujo de dinero.

Si no lo ha hecho todavía, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le exhorta que comience la prueba de las transacciones de la versión 5010 con su contratista administrativo de Medicare (MAC) ahora para asegurar conformidad con la fecha de impacto del 1 de enero de 2012.

Como recordatorio, CMS ofrece un software gratuito de facturación que es conforme con la versión 5010. Favor de contactar a su MAC, intermediario fiscal (FI) o carrier para obtener la última versión del PC-Ace Pro32. CMS también provee el software Medicare Remit Easy Print (MREP) para ver e imprimir remesas de pago 835 conformes con HIPAA 5010. Favor de visitar

[http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02\\_MedicareRemitEasyPrint.asp](http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp) para ver este software.

### Más información

Los proveedores de servicio a tarifa (FFS) de Medicare deben aprovechar los vastos recursos que hemos provisto en el sitio Web dedicado a 5010 localizado en <https://www.cms.gov/Versions5010andD0/>.

¡No espere! **Pruebe ahora para evitar posibles retrasos en el pago debido a las pruebas 5010 realizadas a última hora al final del año.** Realizar las pruebas ahora le permitirá tiempo suficiente para realizar cualquier tipo de correcciones necesarias antes del 1 de enero de 2012, fecha en que solamente las transacciones 5010 serán aceptadas.

**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 201109-55

## Actualización de CARC, RARC, MREP y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM7514

Número de petición de cambio relacionado: 7514

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: R2304CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

### Resumen

Orden de cambio (CR) 7514, de la cual ha sido tomado este artículo, anuncia las últimas actualizaciones de códigos de motivo de ajuste de reclamaciones (CARC) y códigos de notas en anuncio de remesa (RARC) que estarán vigentes para Medicare a partir del 1 de octubre de 2011. También da instrucciones a ciertos contratistas de Medicare en sentido de actualizar Remit Easy Print (MREP) y el software PC Print.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7514.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7514, 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/R2304CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2304, CR 7514

**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.



## Conformidad del Nivel II de la versión 5010: ¿Sabes qué hacer?

### Asegúrese de saber cumplir con la conformidad del nivel II de la versión 5010

La fecha límite de conformidad de la versión 5010 está a menos de 90 días de distancia.

Todas las entidades cubiertas bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) deben estar listas para implementar los estándares de transacción de la versión 5010 para el 31 de diciembre de 2011.

Para cumplir con la fecha límite establecida, usted necesita llevar a cabo las pruebas internas de nivel I, y las transacciones de pruebas externas de nivel II.

#### Pruebas internas de nivel I

Las pruebas internas de nivel I le permiten identificar y tomar acción sobre cualquier problema potencial que pueda surgir de antemano a la prueba con los socios comerciales externos. Si usted no lo ha hecho todavía, tome acción ahora para completar sus pruebas internas tan pronto como sea posible. A la fecha, usted debe haber completado las pruebas internas de nivel I, y haber comenzado las pruebas externas de nivel II.

#### Pruebas externas de nivel II

Para el nivel II de pruebas externas, usted debe identificar los socios comerciales con los que actualmente lleva a cabo transacciones, y crear un programa y calendario para las pruebas externas con cada socio. Si usted realiza intercambios con un número grande de socios comerciales, identifique a los socios prioritarios para llevar a cabo las pruebas primero con ellos.

Para estar en conformidad con el nivel II, los socios comerciales que deben ser incluidos en las pruebas externas incluyen:

- Servicios de facturación
- Casa de facturación
- Farmacias
- Entidades responsables de cobertura y determinaciones de beneficio
- Pagadores

Para asegurar una transición sin problemas durante el nivel II de pruebas externas, usted debe probar primero las transacciones que actualmente utiliza en una base diaria, tales como:

- Reclamaciones
- Determinaciones de elegibilidad
- Remesa
- Autorizaciones de referido

Después de probar sus transacciones diarias, usted estará listo para probar todas las transacciones restantes para asegurar que cumple completamente con el nivel II de pruebas externas.

#### Manténgase actualizado con la versión 5010 y ICD-10

Por favor, visite el sitio Web de [ICD-10](#) para enterarse de las últimas noticias y recursos que le ayudará a prepararse, y para descargar y compartir el [widget](#) de implementación hoy.

**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 201110-14

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

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

## Educación

### Calendario MLN del programa de presentaciones para el proveedor

Solamente un recordatorio – el *Medicare Learning Network*® estará presentando varias conferencias del proveedor de cuidados de la salud en las próximas semanas:

*2011 American Medical Billing Association Conference*

Miércoles, 13 de octubre hasta el viernes, 14 de octubre  
Planet Hollywood Resort and Casino – Las Vegas, Nevada  
Caseta #11

*American College of Surgeons 97th Annual Clinical Congress*

Lunes, 24 de octubre  
Moscone Convention Center, South Building – San Francisco, California  
Caseta #393

*West Virginia Rural Health Conference*

Miércoles, 26 de octubre hasta el viernes, 28 de octubre  
Lakeview Golf Resort & Spa – Morgantown, West Virginia

¡Nuevo! *Gerontological Society of America 64th Annual Scientific Meeting*

Viernes, 18 de noviembre hasta el martes, 22 de noviembre  
John B Hynes Memorial Convention Center – Boston, Massachusetts  
Caseta #221



**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 201110-10

### Inscríbase en el Listserv de *MLN Matters*

¿Estás buscando los artículos más recientes y revisados del *MLN Matters*? Suscríbese a la lista de correo del *MLN Matters*. Para más información sobre *MLN Matters* y cómo inscribirse para este servicio, visite [http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/downloads/What\\_Is\\_MLNMatters.pdf](http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/downloads/What_Is_MLNMatters.pdf) y comience a recibir actualizaciones!

**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 201110-10

### Nuevo ‘fast fact’ en la página Web de MLN de conformidad del proveedor

Un nuevo “fast fact” ha sido publicado en la página Web *MLN provider compliance*, la cual contiene materiales educativos para el proveedor de servicio a tarifa (FFS) de Medicare para ayudarle a entender – y evitar – los errores comunes de facturación y otras actividades impropias identificadas a través de los programas de revisión de reclamaciones. Usted puede revisar los consejos sobre asuntos relevantes de conformidad del proveedor y las acciones correctivas directamente desde esta página Web. Favor de marcar esta página en su bookmark y revísela con frecuencia puesto que un nuevo “fast fact” es añadido cada mes.

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

Fuente: CMS PERL 201110-10

---

## Folleto disponible *Expanded Benefits*

El *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> desea recordarles que la publicación, *Expanded Benefits*, está disponible en formato para descargar en [http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Expanded\\_Benefits.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/Expanded_Benefits.pdf). Este folleto está diseñado para proveer educación sobre tres servicios preventivos: la examinación física preventiva inicial (IPPE), también conocida como el examen físico de “Bienvenida a Medicare” o la visita de “Bienvenida a Medicare”; prueba de ultrasonido para aneurismas aórtico abdominal; y pruebas de sangre cardiovasculares.

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

Fuente: CMS PERL 201110-10

---

## Nueva hoja informativa sobre preparación para las pruebas de versión 5010

Todas las entidades cubiertas bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) deben estar preparadas para implementar los estándares de transacción versión 5010 el 1 de enero de 2012. Un paso crítico para alcanzar esta meta es probar las transacciones de versión 5010 antes de la implementación oficial. Con menos de cuatro meses para la transición, es hora de tomar acción, especialmente en las pruebas externas (Nivel II). Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado un nuevo *fact sheet* para ayudarle a entender las pruebas y los pasos involucrados.

Las pruebas externas con los asociados de negocio en el nuevo formato de la versión 5010 asegurarán que usted sea capaz de enviar y recibir transacciones conformes antes de la fecha límite. Usted debe comenzar a probar tan pronto como sea posible, si usted todavía no lo ha hecho. Esperar hasta el último minuto puede resultar en una espera larga de prueba, así que planee con anticipación para evitar precipitarse luego.

A continuación se presentan algunos pasos sugeridos a tomar ahora:

- Identificar los asociados con los cuales actualmente conduce las transacciones
- Crear un programa y calendario para las pruebas externas con cada asociado
- Identificar a los asociados prioritarios con los cuales llevar a cabo las pruebas, si usted intercambia con un gran número de asociados de negocio

Manténgase actualizado con la versión 5010.

Visite el sitio Web de 5010 localizado en <https://www.CMS.gov/Versions5010andD0/> para enterarse de las últimas noticias y recursos que le ayudarán a prepararse hoy.

**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 201109-53

---

## Vacúnese para protegerse del resfrío

Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades recomiendan la vacunación anual contra el resfrío como el primer y más importante paso contra el virus de la gripe. Recuerde a sus pacientes que la vacuna anual se recomienda como óptima protección. Medicare paga por la vacuna antigripal y su administración a adultos mayores y otros beneficiarios de Medicare sin copago o deducible. Aproveche cada consulta y comience a proteger sus pacientes tan pronto como llegue la vacuna antigripal estacional 2011-2012. Y no olvide vacunarse usted mismo y su personal. Obtenga la vacuna antigripal – no la gripe.

Recuerde – tanto la vacuna antigripal como su administración son beneficios con cobertura de Parte B. Note que la vacuna de influenza no es una medicina con cobertura de Parte D. Para información acerca de cobertura de Medicare de vacuna de la influenza y su administración, así como recursos educativos relacionados para profesionales del cuidado de la salud y su personal, visite [http://www.CMS.gov/MLNProducts/35\\_PreventiveServices.asp](http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp).

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

Fuente: CMS PERL 201109-64

---

## Nuevo botón electrónico de *MLN* para los socios del proveedor

Como parte de los esfuerzos continuos de compartir información y actualizaciones del *Medicare Learning Network*® (*MLN*) con los proveedores, el *MLN* ha desarrollado una gráfica de botón electrónico que se exhorta que publiquen en sus sitios Web. La gráfica de botón está disponible en [http://www.CMS.gov/MLNProducts/Downloads/MLN\\_Web\\_Button.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/Downloads/MLN_Web_Button.pdf).

Al publicar este botón, su membresía tendrá acceso rápido a la página Web *MLN General Information* – y usted estará ofreciéndoles la oportunidad de acceder a una variedad de productos fáciles de entender sobre los cambios de Medicare, regulaciones, y nuevas iniciativas.

Todos los materiales son productos educacionales oficiales de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y están disponibles 24/7, sin ningún costo para usted. Gracias de antemano por unirse al *MLN* en ofrecer a los proveedores de servicio a tarifa (FFS) de Medicare y otros profesionales del cuidado de la salud con otra forma conveniente para mantenerse informado sobre las políticas y regulaciones del programa de Medicare.

Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación sobre cómo publicar nuestro botón, o si usted desea más información sobre cómo trabajar juntos para mantener informados a los proveedores de Medicare, envíe un email a CMS en [MLN@cms.hhs.gov](mailto:MLN@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 201109-63

## *Annual Wellness Visit* folleto impreso disponible

La publicación *Annual Wellness Visit* está ahora disponible en copia impresa de *Medicare Learning Network*®. Este folleto ha sido diseñado para educar acerca de la visita anual de bienestar, proveer servicios preventivos personalizados sin costo para el beneficiario, de manera que los beneficiarios puedan trabajar con su médico para desarrollar y actualizar su plan preventivo personalizado. Para ordenar, visite la página *MLN Products*, vaya a “Related Links Inside CMS” y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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

Fuente: CMS PERL 201109-63

## Folleto ‘*Medicare Ambulance Services*’

El folleto *Medicare Ambulance Services* (ICN 903194), el cual está diseñado para proveer educación sobre los servicios de ambulancia de Medicare, ahora está disponible en formato impreso en el *Medicare Learning Network*. Incluye información sobre el beneficio del servicio de ambulancia, transporte de ambulancia, proveedores y suplidores de ambulancia terrestre y aérea, requisitos del personal y vehículos de ambulancia aérea y terrestre, destinos cubiertos, requisitos de cobertura de transporte de ambulancia, y pagos de servicios de ambulancia. Para ordenar, visite <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, busque “Related Links Inside CMS” y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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

Fuente: CMS PERL 201109-46

## Hoja informativa revisada: ‘*Diabetes Related Services*’

La hoja informativa revisada “*Diabetes-Related Services*” (#006840) está ahora disponible en el *Medicare Learning Network*® (*MLN*). Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los servicios relacionados a la diabetes, los cuales las pruebas de detección de la diabetes, adiestramiento de automanejo de la diabetes, terapia de nutrición médica, y suministros cubiertos y otros servicios para los beneficiarios con diabetes.

**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 201109-46



## CMS reconoce a octubre como el Mes Nacional del Alerta del Cáncer de Mama

El cáncer de mama es el cáncer que no está relacionado a la piel que es diagnosticado más frecuentemente en mujeres y es el segundo solamente al cáncer del pulmón como la causa principal de muertes relacionadas al cáncer entre las mujeres en los Estados Unidos. Medicare provee cobertura para un mamograma anual para todas las beneficiarias de 40 años de edad en adelante, como también cobertura para un mamograma de punto de referencia para las beneficiarias entre las edades de 35 y 39.

### ¿Qué puede hacer usted?

Como profesional de la atención médica que provee cuidado a pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes al hablarles sobre la importancia de los exámenes regulares de mamografía y exhortándoles que aprovechen los exámenes de mamogramas cubiertos por Medicare, como sea apropiado para ellas.

### Para más información

- [The Guide to Medicare Preventive Services for Healthcare Professionals \(see Chapter 8\)](#)
- [Medicare Preventive Services Quick Reference Information Chart](#)
- [Cancer Screenings Brochure for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Healthcare Professionals](#)
- [Department of Health and Human Services](#)
- [National Breast Cancer Awareness Month official website](#)
- [The CDC's Breast Cancer Awareness website](#)
- [The CDC's National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program](#)

Gracias por unirse a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en educar a los beneficiarios sobre la importancia de aprovechar los exámenes de mamogramas cubiertos por Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201110-12

### Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare

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

## Información General

### Fecha límite para solicitar una excepción por dificultades en el programa de incentivo eRx de Medicare es el 1 de noviembre de 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se permiten recordar a profesionales elegibles y grupos de práctica de la medicina que participan en el programa de incentivo de prescripción electrónica (eRx) de Medicare, que la fecha límite para solicitar una excepción por dificultades para el ajuste de pago de eRx de 2012 es el 1 de noviembre de 2011.

Los profesionales elegibles y grupos de práctica de la medicina deben determinar si están sujetos al ajuste de pagos eRx de 2012 revisando [MLN Article SE1107](#). Si cree que puede estar sujeto al ajuste de pago eRx de 2012, usted debe determinar si cumple con las categorías de excepción por dificultad extrema especificadas por CMS en la regla final del programa de incentivo de prescripción electrónica (eRx) de Medicare de 2011.

Se encuentra además disponible [Quick Reference Guide](#) para ayudarle a entender los cambios que la regla final de eRx hace al programa de incentivo eRx de Medicare de 2011. Como un resultado de los cambios al programa, profesionales elegibles y grupos de práctica de la medicina tienen plazo hasta el 1 de noviembre de 2011 para presentar solicitudes y motivos de excepción por dificultades significativas.

Tenga en cuenta que para ser considerado para una excepción por dificultad significativa bajo categoría "Profesionales elegibles que se inscriben para participar en programas de incentivo de registro de salud electrónicos (EHR) de Medicare o Medicaid y adoptan tecnología EHR certificada", un profesional elegible debe:

1. Haberse inscrito en los programas de incentivo EHR ya sea de Medicare o Medicaid (para instrucciones acerca de cómo inscribirse en uno de los programas de incentivo EHR, nosotros referimos a nuestros lectores a la página de inscripción y testimonio del sitio Web de CMS, sección programas de incentivo EHR, en [http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/20\\_RegistrationandAttestation.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/20_RegistrationandAttestation.asp#TopOfPage)); y
2. Proveer información de identificación de tecnología EHR certificada (tal como está definida en 42 CFR 495.4 y 45 CFR 170.102) que ha sido adoptada para ser usada a más tardar el 1 de octubre de 2011. Tenga en cuenta que, para calificar para una excepción al ajuste de pago eRx de 2012 bajo esta categoría de excepción por dificultad significativa, no es necesario que el profesional elegible reciba un pago de incentivo bajo el programa de incentivo EHR de Medicare o Medicaid.

Profesionales elegibles que desean inscribirse en el programa de incentivo EHR de Medicaid en estados que no han lanzado todavía su programa respectivo, pueden iniciar su proceso de inscripción al sistema de inscripción y testimonio de CMS y obtener un número de inscripción pero no podrán completar la inscripción en forma exitosa. Si un estado no ha lanzado su programa de incentivo EHR de Medicaid, el nombre del estado no aparecerá en el menú desplegable para que los profesionales puedan elegir. Sin embargo, se asignará un número de inscripción aún cuando la inscripción no haya sido completada exitosamente.

Con la finalidad de iniciar la inscripción para el programa de incentivo EHR de Medicaid, visite <https://ehrincentives.cms.gov/hitech/login.action> y siga las instrucciones para comenzar el proceso de inscripción. Obtener un número de inscripción en programas de incentivo EHR de CMS, aún cuando la inscripción no haya sido completada con éxito, es suficiente para propósitos de postular para una excepción por dificultad significativa para el ajuste de pago eRx de Medicare 2012.

Para solicitar una excepción, los profesionales individuales elegibles, deben solicitar su excepción por dificultad a través de [Quality Communications Support Page](#), grupos de práctica de la medicina participantes bajo la opción de reporte de práctica de grupo (GPRO) deben presentar solicitud de excepción por dificultad, mediante una carta dirigida a CMS.

Recuerde que CMS revisará estas solicitudes caso por caso. Toda decisión acerca de solicitudes de excepción por dificultad significativa será inapelable.

Para información y recursos adicionales, visite [www.cms.gov/erx incentive](http://www.cms.gov/erx incentive) en el sitio Web de CMS.

**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 201109-67

## Archivos 2012 ICD-10-PCS GEM disponibles

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han puesto en el sitio Web de CMS los archivos de equivalencias (GEM) del procedimiento general del sistema de códigos (PCS) 2012 ICD-10. Estos archivos están disponibles en la página Web GEM y 2012 ICD-10-PCS, en

[http://www.cms.gov/ICD10/11b15\\_2012\\_ICD10PCS.asp](http://www.cms.gov/ICD10/11b15_2012_ICD10PCS.asp). Para acceder los archivos vaya a la sección “Downloads” al final de la página.

**Se encuentran también disponibles en la página GEM y 2012 ICD-10 PCS:**

- Pautas oficiales de codificación ICD-10-PCS
- Versión 2012 – qué novedades hay
- Índice y tabla de códigos
- Descripción de códigos – títulos completos y abreviados
- Desarrollo de ICD-10-PCS
- Diapositivas y manual de referencias de ICD-10-PCS
- Apéndice

Los archivos 2012 ICD-10-CM (diagnósticos), diagnósticos GEM y mapa de referencias de reembolso – **llegan en diciembre de 2011**

### ¿Está su organización preparándose para una transición fácil a ICD-10 el 1 de octubre de 2013?

El sitio Web de CMS ICD-10 [www.cms.gov/icd10](http://www.cms.gov/icd10) es un recurso valioso para ayudarle a prepararse para los cambios de la industria de cuidados de la salud en los Estados Unidos, de ICD-9 a ICD-10 en cuanto a diagnóstico médico y códigos de procedimientos de paciente hospitalizado. Marque este sitio Web y revíselo frecuentemente para ver las últimas noticias, recursos, plazos de cumplimiento, información sobre teleconferencias o conseguir notificaciones de las actualizaciones del sitio Web, inscribiéndose en la lista de correos de [CMS ICD-10 industry email updates](#).

**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 201109-66

## Disponibles los datos de inscripción abierta de medicamentos y plan de salud 2012 de Medicare – ‘Plan Finder’ ofrece un recurso imparcial para revisar las opciones del plan

De antemano al nuevo y más temprano periodo de inscripción anual, las personas con Medicare pudieron comenzar a revisar la información de beneficio y costo del plan el sábado, 1 de octubre de 2011. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) abrieron el acceso a su “Medicare Plan Finder” basado en Internet que permite a los beneficiarios, sus familiares, representantes de confianza, y defensores experimentados del programa a mirar todas las opciones locales de medicamento y plan de salud que están disponibles para el año de beneficio 2012.

El periodo de inscripción anual comienza más temprano este año, el sábado, 15 de octubre, hasta el miércoles, 7 de diciembre. Las personas con Medicare tendrán siete semanas para revisar Medicare Advantage y los beneficios de cobertura de medicamentos por prescripción de Parte D y las opciones del plan, y seleccionar la opción que mejor se ajusta a sus necesidades únicas. El periodo abierto de inscripción también asegura que Medicare tiene suficiente tiempo para procesar las selecciones del plan para que la cobertura comience sin interrupción el domingo, 1 de enero de 2012.

Las personas pueden utilizar “Plan Finder” – disponible en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) – al buscar su código ZIP local para los planes Medicare Advantage (Parte C) y Medicamentos por Prescripción (Parte D) disponibles en su área.

El texto completo de este extracto del comunicado de prensa puede encontrarse en el sitio Web de CMS en <http://www.CMS.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4104>.

**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 201110-09

## Campos adicionales para cartas ADR

Número de *MLN Matters*: MM7254

Número de petición de cambio relacionado: 7254

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012 excepto 1 de abril de 2012 a suplidores facturando DME MAC

Número de transmisión de CR relacionado: R958OTN

Fecha de implementación: 8 de agosto de 2011

### Resumen

Este artículo informa acerca de cambios al sistema que permitirán a contratistas participantes a incluir información adicional en cartas de requerimiento de información adicional (ADR) necesarias para la presentación de documentación médica (esMD). El sistema cambia específicamente:

- Pedir que se agregue el número de documentación (ID), y
- Permite al contratista incluir una declaración acerca de cómo puede el proveedor conseguir más información sobre la presentación de documentación médica en su ADRS por medio del mecanismo esMD.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7254.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7254, 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/R958OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 958, CR 7254

*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.*

## Teleconferencia nacional del proveedor ‘Medicare & Medicaid EHR Incentive Program: Understanding Meaningful Use’ – los materiales están disponibles

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) presentaron una teleconferencia nacional del proveedor el jueves, 18 de agosto, para discutir los requisitos de uso significativo de los programas de registro de salud electrónico (EHR). La presentación, transcripción de la llamada, y la grabación de audio de la llamada están ahora disponibles. No se pierda esta oportunidad de escuchar de los expertos de CMS sobre este importante tema.

La agenda incluyó:

- Definiendo “uso significativo”
- Los requisitos para la etapa 1 de uso significativo (2011 y 2012)
- Atestiguación de uso significativo
- Las hojas de especificación de objetivos de las metas de uso significativo
  1. [Stage 1 EHR Meaningful Use Specification Sheets for Eligible Professionals](#)
  - 2....[Stage 1 EHR Meaningful Use Specification Sheets for Eligible Hospitals](#)
- Sesión de preguntas y respuestas

Todos los materiales para esta llamada pueden encontrarse en el sitio Web de EHR de CMS en la página Educational Materials en

<http://www.CMS.gov/EHRIncentivePrograms/Downloads/UnderstandingMeaningfulUse.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 201109-47



## Teleconferencia ‘Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs: Registration and Attestation for Eligible Professionals’ – los materiales de la teleconferencia del 9 de septiembre están disponibles

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) presentaron una teleconferencia nacional el viernes, 9 de septiembre de 2011, sobre el tema de “[Registration and Attestation for Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs for Eligible Professionals](#)”, incluyendo:

- Camino al pago
- Puntos principales de inscripción y procesos de atestación
- Representante de tercera parte
- Identificando y corrigiendo problemas
- Recursos de gran ayuda
- Sesión de preguntas y respuestas

La presentación, transcripción, y grabación de audio de esta llamada y otras llamadas seleccionadas pueden encontrarse ahora bajo la sección “Presentations for Providers” en el sitio Web de registro de salud electrónico (EHR) de CMS [Educational Materials page](#). Refiérase a la transcripción para clarificaciones de la grabación de audio de la llamada del viernes, 9 de septiembre.

¿Deseas más información sobre los programas de incentivos de EHR? Asegúrese de visitar el sitio Web [Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo de EHR.

**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 201110-08

## Prohibición de facturar balance de los beneficiarios calificados de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1128

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 médicos, proveedores y suplidores de Medicare que ofrecen servicios e insumos a beneficiarios calificados de Medicare (QMB) no deben cobrar a QMB por costos compartidos con Medicare. Esto incluye deducible, coseguro y copago, conocidos como “cobro de balance (balance billing)”. La Sección 1902(n)(3)(B) 4714 de Social Security Act, prohíbe a proveedores de Medicare cobrar balances a QMB por costos compartidos con Medicare. QMB no tienen obligación legal de hacer pagos posteriores al proveedor o plan de cuidados manejado por costos compartidos con Medicare ya sea de Parte A o Parte B. Proveedores que incorrectamente cobren a QMB por costos compartidos con Medicare, están sujetos a sanciones.

### Puntos sobresalientes

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

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1128.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1128

**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.

## Remesa especial del programa de pagos de incentivo por cuidados primarios

Los pagos bajo el programa de pagos de incentivo por cuidados primarios (PCIP) son frecuentemente electrónicos, seguidos por un reporte en papel llamado remesa de incentivo especial. La remesa es detallada, identificando todos los servicios elegibles de PCIP para el trimestre previo del cual los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) calcularon el pago de bono PCIP. Durante 2012, la remesa será modificada para incluir una declaración resumida, ordenada por practicante e incentivo. Para más información, manténgase alerta por una próxima orden de cambio (CR). ❖

Fuente: CMS PERL 201109-51

## Discontinuación de verificación de estatus de nacimiento en el extranjero en inscripción del proveedor

Con vigencia inmediata, proveedores no tienen que proveer información que verifique la situación legal de postulantes a inscripción, incluyendo aquellas personas señaladas en cualquier información relacionada a legitimidad. Esto forma parte de una revisión que se está efectuando, acerca de los actuales requisitos de inscripción de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, con la finalidad de eliminar carga innecesaria sobre los proveedores así como retrasos en el proceso de inscripción. En un futuro próximo serán actualizadas las instrucciones del *Program Integrity Manual Chapter 10, Section 5.7.2*. ❖

Fuente: CMS PERL 201109-62

## Programa de incentivo EHR de Medicare: 3 de octubre es el último día para los profesionales elegibles para comenzar el periodo de reporte de 90 días para el 2011

El último día que los profesionales elegibles pueden comenzar su periodo de reporte de 90 días en el año calendario (CY) 2011 para el programa de incentivo registro de salud electrónico (EHR) es el lunes, 3 de octubre de 2011. Para los EP, esto significa que deben comenzar su periodo de reporte de 90 días consecutivos para el lunes, 3 de octubre de 2011, para atestar que cumplieron con el uso significativo para recibir un pago de incentivo para CY 2011.

Para los EP que ya han completado su periodo de reporte, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) tienen un número de herramientas disponibles para ayudar con la preparación de la atestación. Los EP pueden utilizar [CMS Eligible Professional Attestation Worksheet](#) para registrar sus medidas de uso significativo para tener como referencia cuando atestigüen para el programa de incentivo EHR de Medicare en el sistema de inscripción y atestación [Registration and Attestation System](#). La herramienta [Meaningful Use Attestation Calculator](#) y [Attestation User Guide for Eligible Professionals](#) pueden ayudar también a los EP a atestiguar satisfactoriamente para cumplir con el uso significativo.

CMS exhorta a los EP a no perder la oportunidad de participar en el programa de incentivo EHR de Medicare este año. Comenzando su periodo de reporte para el lunes, 3 de octubre de 2011, para encaminarse hacia el pago para el CY 2011.

### Pronto por venir

Vea todas las otras fechas importantes que están por venir al visitar [CMS Medicare and Medicaid EHR Incentive Programs Milestone Timeline](#), o revisando la sección "Important Dates" de la página [EHR Incentive Programs' Overview](#).

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

Asegúrese de visitar el sitio Web [CMS EHR Incentive Programs](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones.

**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 201109-60

---

## Contacte a FCSO si usted cree que ha sido identificado incorrectamente como un practicante PCIP

Si usted cree que ha sido identificado incorrectamente como un practicante elegible Primary Care Incentive Payment Program (PCIP), contacte a First Coast Service Options Inc. (FCSO) para solicitar una revisión de su historial anterior de reclamaciones que resultó en una determinación de elegibilidad. Si se determina que un error fue realizado en su historial de reclamaciones, FCSO aceptará de regreso su pago PCIP. Refiérase al artículo MM7060 del *MLN Matters* en <http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7060.pdf> para una lista de los requisitos de elegibilidad.

**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 201109-61

---

## Implementación del proceso de colección de tarifa de aplicación de Pay.gov a través de PECOS

Número de *MLN Matters*: SE1130  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: 3 de octubre de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Actualmente, los proveedores o suplidores utilizan Pay.gov para realizar pagos electrónicamente debido a la tarifa de aplicación de Medicare. Este artículo anuncia un cambio a la dirección de este sitio Web para acceder a Pay.gov. Los cambios no tienen efecto en el proceso de colección de pago de Pay.gov. Los proveedores y suplidores continuarán realizando el pago de la tarifa de aplicación a Pay.gov en la Internet. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están simplemente revisado una forma en que los proveedores acceden a Pay.gov para mejorar la eficiencia del pago de la tarifa de aplicación, colección y proceso de contabilidad.

Utilice la siguiente dirección para realizar sus pagos de tarifa de aplicación  
<https://pecos.cms.hhs.gov/pecos/feePaymentWelcome.do>.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1130.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1130

**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

### Noviembre - diciembre

ACT bimestral de Medicare Parte A: Cambios y temas de actualidad de Medicare

Cuando: 6 de diciembre

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: 7 de diciembre

Hora: 2:00-2:30 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](http://www.fcsouniversity.com). Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo "My Courses" a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** es necesario abrir una cuenta completando por Internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar "9999" en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio Web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

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

#### Nota:

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

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

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

## Facturación

### Facturación de la nueva vacuna contra el virus de influenza (código *CPT 90654*) – Información para los proveedores institucionales

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del lunes, 9 de mayo de 2011, Medicare comenzará a pagar el código *Current Procedural Terminology (CPT) 90654* para la vacuna contra el virus de influenza, “split virus”, libre de preservativo, para uso intradérmico.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han instruido a los contratistas de Medicare a retener todas las reclamaciones institucionales que contengan el código *CPT 90654* con las fechas de servicio a partir del lunes, 9 de mayo de 2011, hasta que sus sistemas sean capaces de aceptarlas para procesamiento, a más tardar el lunes, 2 de abril de 2012. Los proveedores institucionales de Medicare también tienen la opción de retener sus reclamaciones que contengan el código *CPT 90654* hasta el lunes, 2 de abril de 2012.

CMS emitirá información adicional sobre los pagos de vacuna vía la petición de cambio. ❖

Fuente: CMS PERL 201110-05

## Hospital

### Disponible la nueva hoja informativa ‘Hospital Reclassifications’

La nueva hoja informativa “*Hospital Reclassifications*” está disponible en formato descargable de *Medicare Learning Network*®. Incluye información acerca de reclasificaciones de urbana a rural, reclasificaciones geográficas y estatus de centros de referencia rural.

**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 201109-63

## Centros de Rehabilitación

### Hoja informativa revisada – *Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System*

La hoja informativa revisada *Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System* está ahora disponible en formato para descargar. Ésta incluye información de trasfondo, elementos del sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS), y reporte de calidad.

**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 201110-10

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

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



## Información General

### Procedimientos para el procesamiento de reclamaciones de servicios paliativos cuando los encuentros cara a cara no ocurren oportunamente

Número de *MLN Matters*: MM7478

Número de petición de cambio relacionado: 7478

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de octubre de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2316CP

Fecha de implementación: 9 de enero de 2012

#### Resumen

Efectivo el 1 de enero de 2011, un médico de servicios paliativos o enfermera práctica de servicios paliativos debe tener un encuentro cara a cara con cada paciente antes de comenzar el día 180 de recertificación, y cada recertificación subsiguiente, para determinar la elegibilidad continua para el beneficio de servicios paliativos. Cuando ocurre un encuentro requerido cara a cara antes de, pero no más tarde de 30 días de calendario antes de, el tercer periodo de beneficio de recertificación, y antes de, pero no más de 30 días calendario antes de cada recertificación subsiguiente, es considerado oportuno.

Un encuentro oportuno cara a cara sería evidente cuando se examina una atestación cara a cara, la cual es parte de la recertificación, puesto que esa atestación incluye la fecha del encuentro. **Si el encuentro requerido cara a cara no ocurre a tiempo, el beneficiario no estará certificado como enfermo terminal, y por consiguiente no es elegible para el beneficio de servicios paliativos de Medicare.** Cuando esto ocurre, el centro de servicios paliativos debe dar de alta al paciente de los beneficios de servicios paliativos de Medicare debido a que él/ella no es considerado enfermo terminal para propósitos de medicare.

Cuando ocurre una dada de alta del beneficio de servicios paliativos de Medicare debido a que no se realizó un encuentro requerido cara a cara de forma oportuna, la reclamación debe incluir el código más apropiado de estatus de dada de alta del paciente y el código de ocurrencia 42. El código 77 (Occurrence span code 77) no aplica a las situaciones descritas arriba cuando el encuentro cara a cara no ha ocurrido oportunamente. Mientras que el encuentro cara a cara debe ocurrir antes de, pero no más tarde de 30 días calendario antes de, el comienzo del tercer periodo de beneficio de recertificación y cada recertificación subsiguiente, su atestación de acompañamiento debe ser completada antes de que la reclamación sea enviada.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7478.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7478, 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/R2316CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2316, CR 7478

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

## Tratamiento de inmunoterapia celular autóloga del cáncer metastásico a la próstata

Número de *MLN Matters*: MM7506  
Número de petición de cambio relacionado: 7506  
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: R2289CP  
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

### Resumen

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

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

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7506.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7506, 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/R2289CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2289, CR 7506

*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.

## Consejería para prevenir el uso del tabaco – Ajustes en las reclamaciones de servicios

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) estarán realizando ajustes a las reclamaciones de consejería para prevenir el uso del tabaco con las fechas de servicio del sábado, 1 de enero de 2011, hasta el lunes, 4 de abril de 2011. Estos ajustes serán completados para el viernes, 4 de noviembre de 2011.

En un mensaje previo (PERL 201108-16), se le advirtió de un problema de procesamiento de reclamaciones donde las reclamaciones con los siguientes criterios no fueron procesadas correctamente:

- HCPCS G0436 y/o G0437
- Códigos de ingreso 0942, 096X, 097X, o 098X
- Fechas de servicio a partir del sábado, 1 de enero de 2011
- Códigos de diagnóstico 305.1 o V15.82
- Código de ocurrencia 32 no está presente

Este problema de procesamiento de reclamaciones fue corregido en mayo de 2011, y CMS emitió las reclamaciones que estaba reteniendo. CMS ahora estará ajustando las reclamaciones que fueron procesadas incorrectamente con los criterios mencionados arriba. Si usted tiene reclamaciones impactadas por este problema, el ajuste será reflejado en su remesa de pago. CMS aprecia su paciencia mientras corrige estas reclamaciones. ❖

Fuente: CMS PERL 201110-04

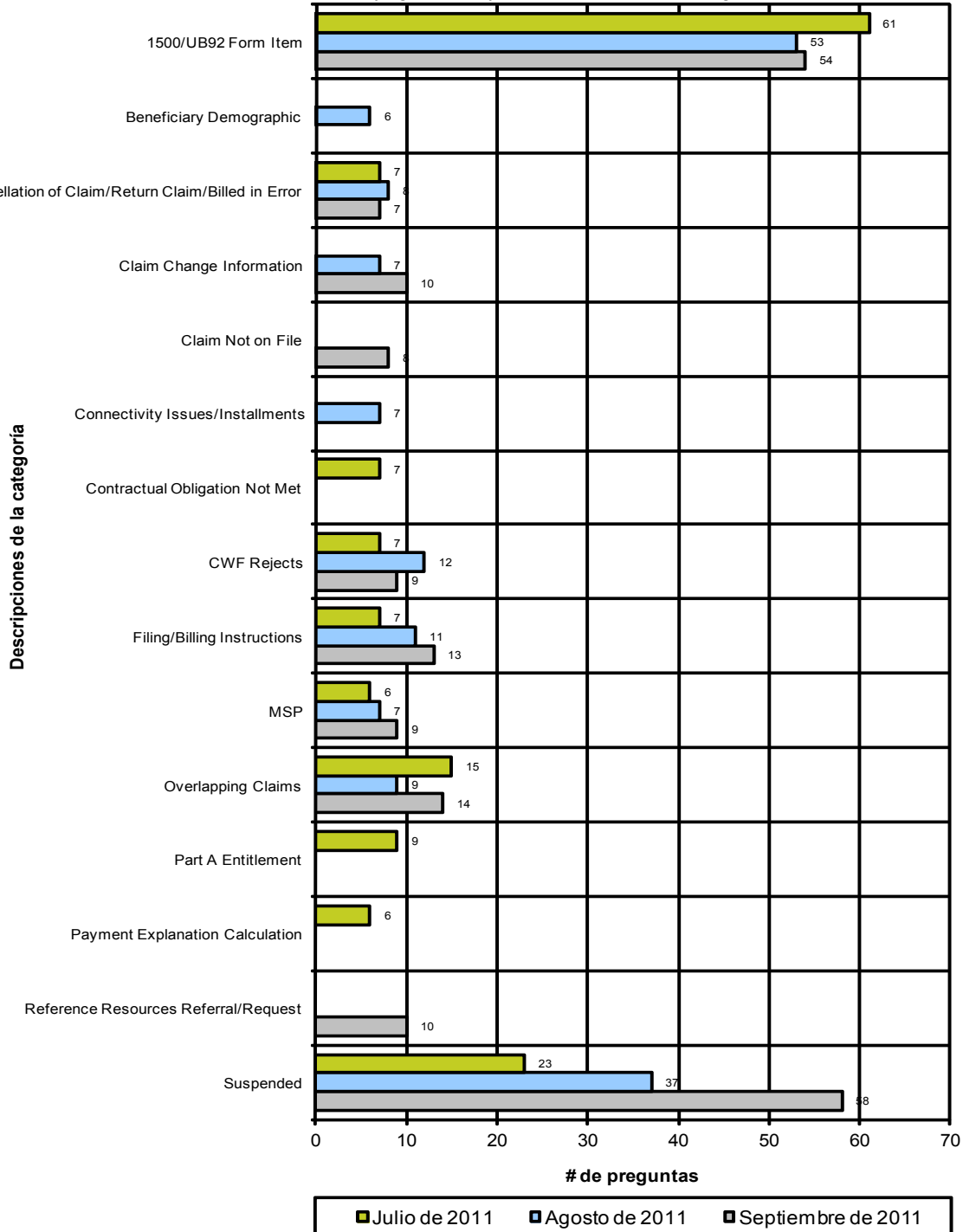
## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en julio - septiembre de 2011

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 julio - septiembre 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.fcs.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/index.asp](http://medicareespanol.fcs.com/Preguntas_y_denegaciones/index.asp)

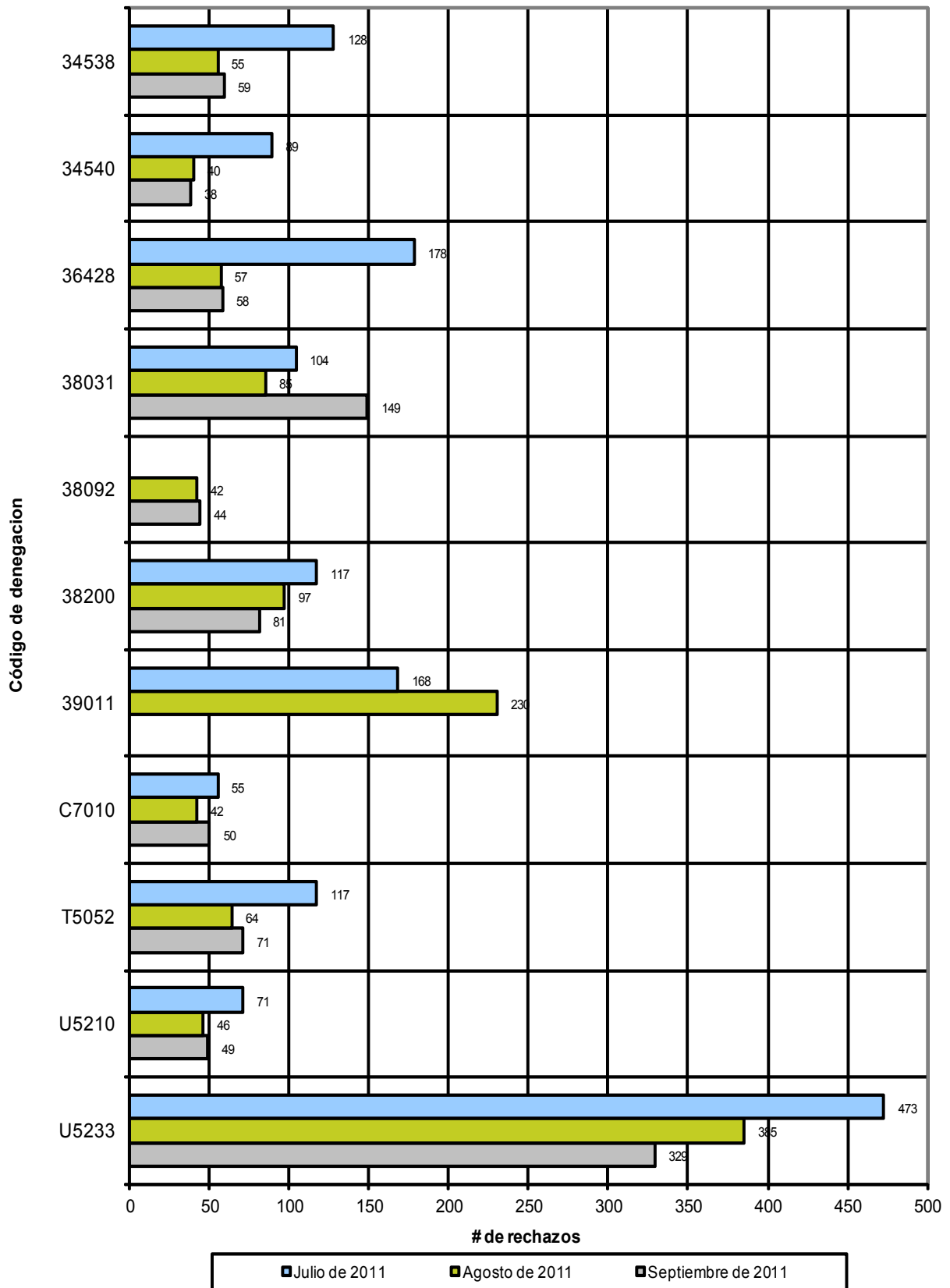
### Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico en julio-septiembre de 2011

Nota: Julio y agosto incluyen consultas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos



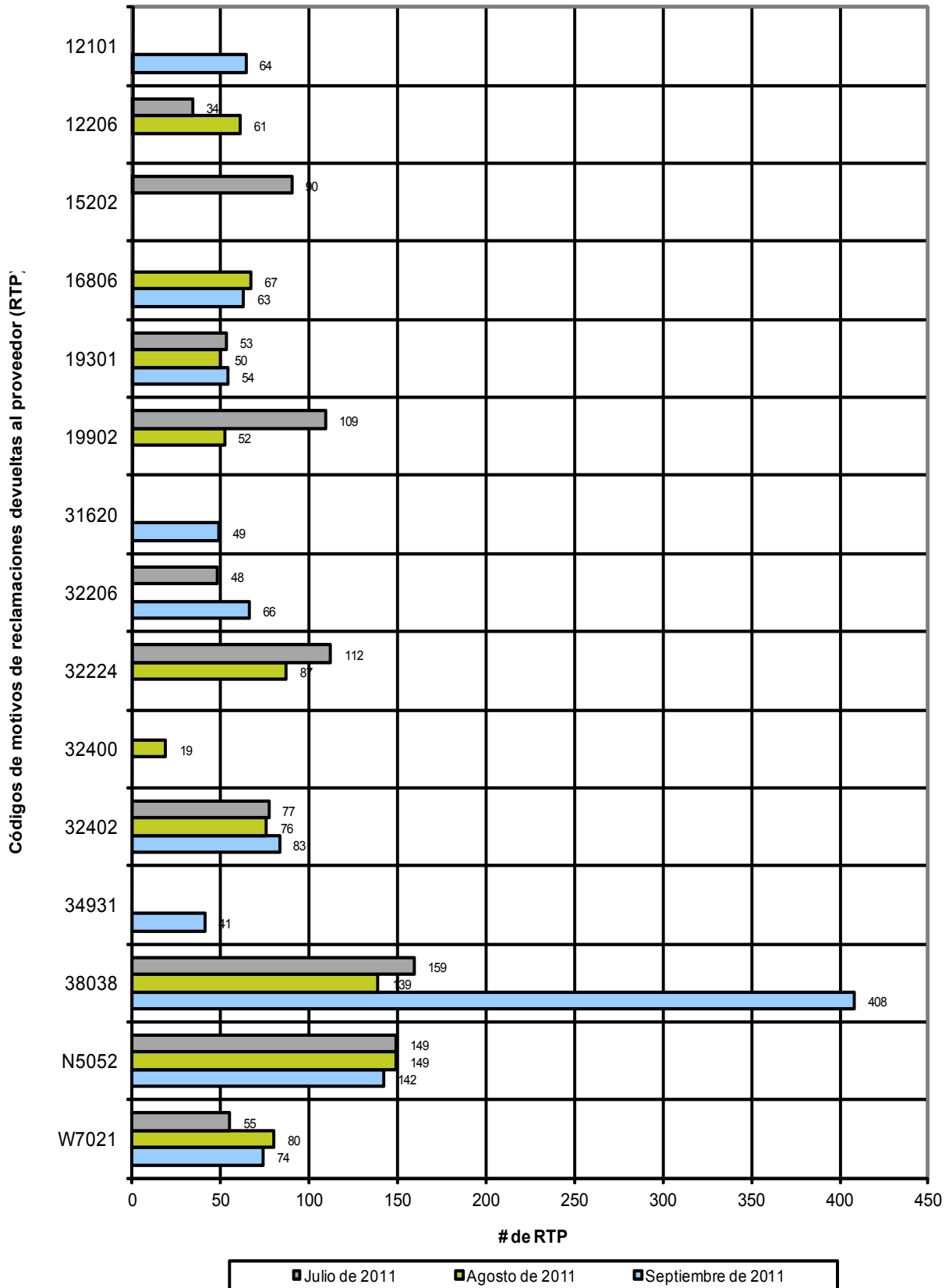
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

**Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en julio-septiembre de 2011**





## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

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

### Más información

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

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

### Revisiones a pautas de codificación de LCD

A61885: Vagal nerve stimulation (VNS) .....32

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisiones a pautas de codificación

### A61885: Vagal nerve stimulation (VNS) for intractable depression — revisión de las pautas de codificación de la LCD

Identificador de LCD: L29003 (Florida)

Identificador de LCD: L29035 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las “pautas de codificación” de la determinación local de cobertura (LCD) para estimulación del nervio vago o neumogástrico (vagal nerve stimulation, VNS) por depresión intratable, fue revisada el 1 de enero de 2011. Desde entonces, en base a la orden de cambio 7545 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), transmisión 2296, con fecha 2 de septiembre de 2011, para la actualización de octubre de 2011 del sistema de pagos prospectivos (OPPS), de paciente ambulatorio de hospital, fue agregado al anexo “pautas de codificación” de la LCD, el texto siguiente:

Con vigencia para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2011**, el código CPT 64569 (*Revision or replacement of cranial nerve [eg, vagus nerve] neurostimulator electrode array, including connection to existing pulse generator*) fue agregado como un procedimiento adecuado para el código de dispositivo C1778 (Lead, neurostimulator [implantable]) porque el procedimiento puede ser adecuadamente reportado en la misma reclamación junto al código de dispositivo.

#### Fecha de vigencia

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

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

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

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

#### Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare

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

## Formulario de Parte A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications/">http://medicare.fcso.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 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)	\$
			<b>Total</b>	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

#### Re-determinaciones

#### Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

#### Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

#### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

#### Fraude y abuso de Medicare

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

### **DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)**

#### Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

#### Take Home Supplies

#### Oral Anti-Cancer Drugs

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

### **REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY**

#### Home Health Agency Claims

#### Hospice Claims

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

### **RAILROAD MEDICARE**

#### Railroad Retiree Medical Claims

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

#### Inscripción de proveedores

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

#### Intercambio electrónico de datos (EDI\*)

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

#### Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

#### Saldo de crédito

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

#### Departamento de Auditoría y Reembolso

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

#### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

#### Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

#### Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

### ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

### DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

## Cobertura y Reembolso

### Resumen informativo sobre PCIP de Medicare

**Nota:** El artículo SE1109 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en marzo de 2011, en *Medicare A y B Al Día* (página 54).

Número de *MLN Matters*: SE1109  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: 1 de enero de 2011

#### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han compilado una lista de preguntas y respuestas para responder las preguntas que han recibido sobre el programa de incentivo de pago de la atención primaria (PCIP).

Este artículo también contiene detalles y enlaces a varios artículos publicados por CMS que contienen información sobre la Sección 5501(a) del The Affordable Care Act, el cual provee un pago de incentivo para los servicios del cuidado primario prestados a partir del 1 de enero de 2011, y antes del 1 de enero de 2016, por un médico del cuidado primario o profesional de la salud (NPP). Estos artículos explican cómo el programa pagaría el pago de incentivo a los médicos elegibles del cuidado primario y los NPP, incluyendo los médicos recientemente inscritos y los NPP, que prestan los servicios del cuidado primario en varios ambientes.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1109.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1109

**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.

## Intercambio Electrónico de Datos

### Transferencia del nombre de compañía no se muestra en las remesas de pago electrónicas

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han determinado que las remesas de pago electrónicas (ERA) de Medicare Parte B en el formato 4010A1 emitida el 3 de octubre de 2011, hasta el 7 de octubre de 2011, no están mostrando la transferencia del nombre de compañía y el ID de Coordination of Benefits Agreement (COBA) de 5 bytes. Para identificar que estas reclamaciones han sido transferidas automáticamente a un pagador suplementario, busque el código de "remittance advice remark code" (RARC) MA18 y/o N89.

El RARC MA18 alerta a los proveedores que la información de las reclamaciones está siendo enviada al pagador suplementario del paciente, mientras que el RARC N89 alerta a los proveedores que la información de reclamación está siendo enviada a múltiples pagadores suplementarios. Si usted ve RARC MA18 y/o N89, la reclamación del paciente ha sido transferida automáticamente, aun cuando la transferencia del nombre de compañía y el ID COBA no están siendo mostradas.

Los suplidores que reciben ERA de los contratistas administrativos de Medicare de equipo médico durable (DME MAC) no son afectados puesto que fue un problema del sistema multi-carrier. El problema ahora está solucionado vía un cambio de emergencia. CMS se disculpa por cualquier inconveniencia que usted pueda haber experimentado con relación a este problema. ❖

Fuente: CMS PERL 201110-13



## Educación

### Hoja informativa revisada – ‘Steps to Accessing CMS Enterprise Applications for Physician Quality Reporting System Users’

La hoja informativa revisada *Steps to Accessing CMS Enterprise Applications for Physician Quality Reporting System (PQRS/PQRI) Users* está diseñada para proveer educación sobre cómo las organizaciones del proveedor pueden acceder las aplicaciones de la empresa desarrolladas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Estas aplicaciones de la empresa residen y son administradas exclusivamente por CMS y no incluyen otras aplicaciones de Internet desarrolladas por los intermediarios fiscales de Medicare, carriers, o los contratistas administrativos de Medicare (MAC). Esta hoja informativa incluye instrucciones de inscripción paso a paso y una lista de recursos, y están disponibles para descargar en

[http://www.CMS.gov/MLNProducts/Downloads/2011\\_IACS\\_Fact\\_Sheet.pdf](http://www.CMS.gov/MLNProducts/Downloads/2011_IACS_Fact_Sheet.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 201109-63

## Cobertura y Reembolso

### Reportes de opiniones 2010 PQRI disponibles

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que están disponibles los reportes de opiniones 2010 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) para ser descargados en Physician and Other Health Care Professionals Quality Reporting Portal (the Portal) que se encuentra en QualityNet:

<http://www.qualitynet.org/pqri>.

Nótese que durante 2011 el nombre del programa ha sido cambiado a Physician Quality Reporting System.

Los reportes a nivel de número de identificación del contribuyente (Taxpayer identification number, TIN) en el Portal, requieren una cuenta individual autorizada de acceso a los servicios computacionales de CMS (IACS). Profesionales elegibles pueden solicitar sus reportes a nivel identificador nacional del proveedor (NPI) por medio del procedimiento de reporte alternativo de opiniones, contactando su contratista de Parte B de Medicare o contratista administrativo de Medicare (MAC) para solicitar reportes individuales a nivel de NPI o solicitando su reporte en la nueva

[Quality Reporting Communication Support Page](#)

El siguiente recurso CMS está disponible para ayudar a profesionales elegibles a entender su [2010 PQRI Feedback Report: A Guide for Understanding the 2010 PQRI 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. ❖

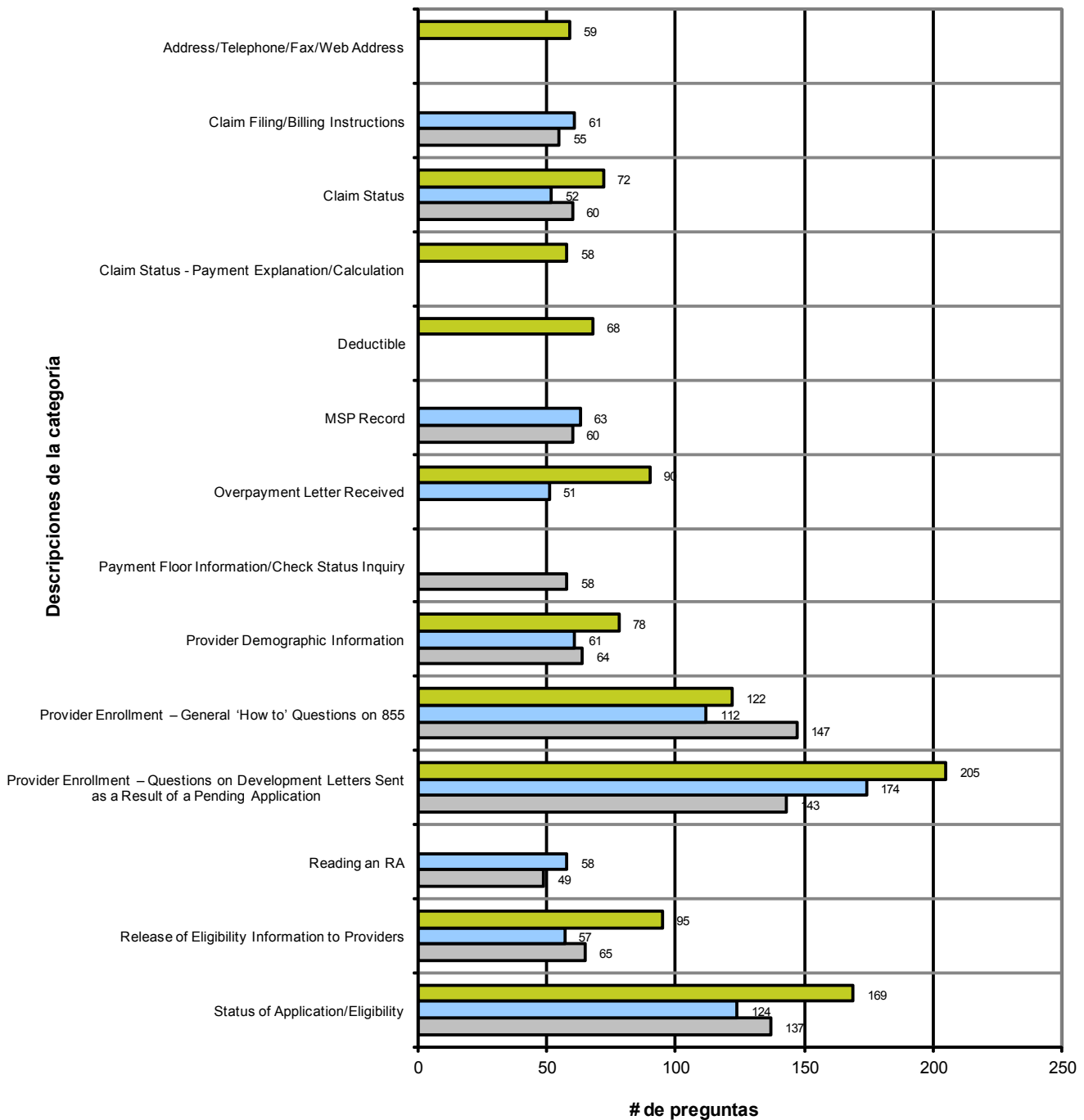
Fuente: CMS PERL 201109-68

## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP), en julio - septiembre 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 julio - septiembre 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

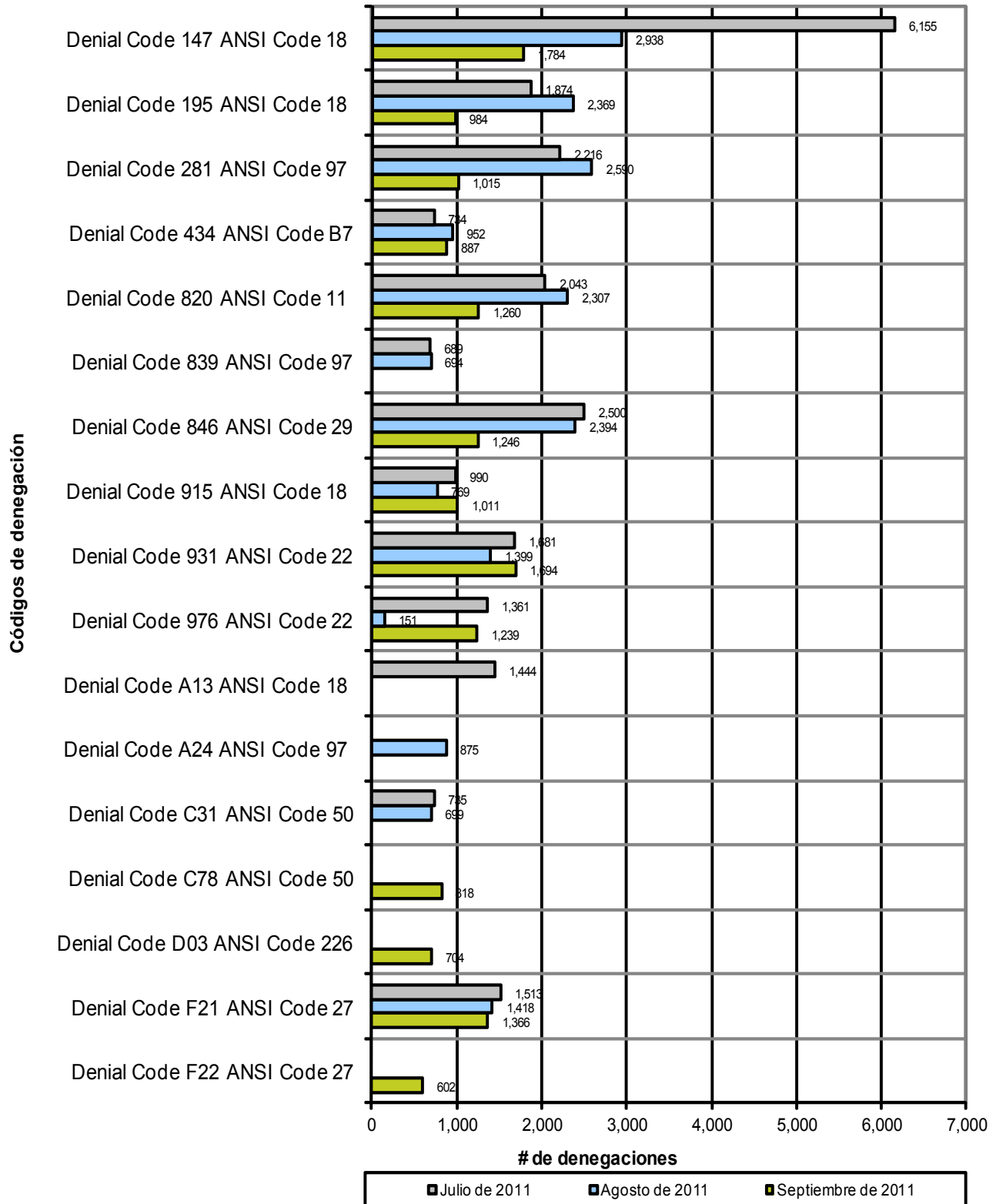
[http://medicareespanol.fcsoc.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/index.asp](http://medicareespanol.fcsoc.com/Preguntas_y_denegaciones/index.asp)

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



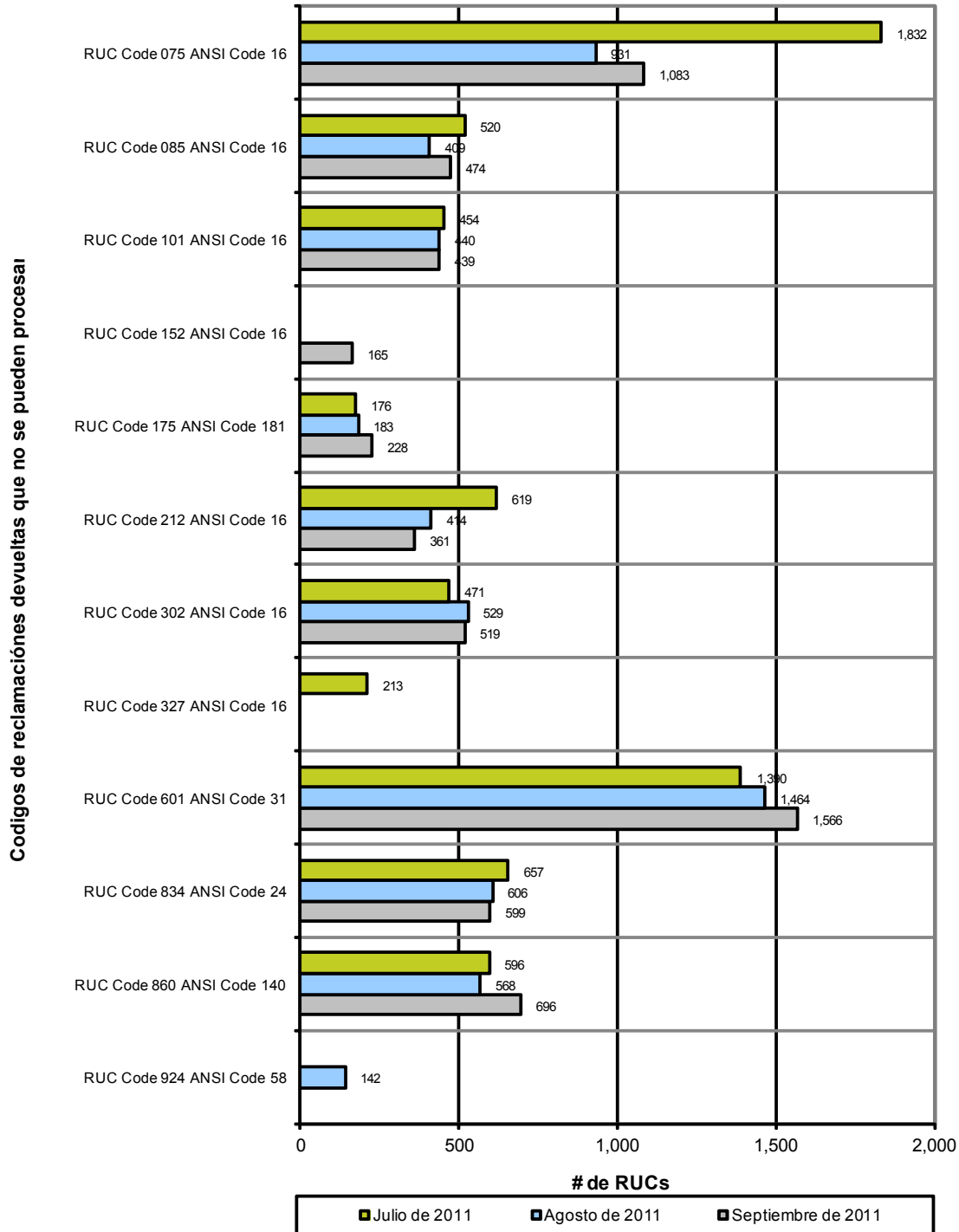
Gráficos... (continuación)

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



Gráficos... (continuación)

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



## Determinaciones locales de cobertura

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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

### Revisiones a las LCD Existentes

64490: Paravertebral facet joint blocks .....41

### Revisión de directrices de codificación

IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF) .....41

### Interpretación y reporte de LCD

Traducción 3D de Parte B con interpretación y reporte de estudios de imagen .....42

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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



## Revisiones a las LCD Existentes

### 64490: Paravertebral facet joint blocks – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29252 (Florida)

Identificador de LCD: L29378 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “paravertebral facet joint blocks” fue revisada por última vez el 14 de junio de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada bajo la sección “Limitations” de la LCD y al anexo “Coding Guidelines”. El contenido fue revisado para clarificar que la fluoroscopia es un componente inclusivo de los códigos CPT 64490-64495 y no es pagado por separado.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 4 de octubre de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en

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

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

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

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

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

## Revisión de directrices de codificación

### IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión de directrices de codificación

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El anexo “Coding Guidelines” de la determinación local de cobertura (LCD) para los centros independientes de pruebas diagnósticas (IDTF) fue revisada por última vez el 5 de julio de 2011. Desde ese tiempo, de acuerdo con la petición de cambio (CR) 7528 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), fecha del 19 de agosto de 2011, ha sido revisado el “Credentialing Matrix” en el anexo “Coding Guidelines” de la LCD para cambiar “Level of Physician Supervision” a “1” para los códigos CPT 76813, 76814, 91132, y 93025 y para cambiar el “Level of Physician Supervision” a “9” para los códigos CPT 92270, 92275, 92285, y 92286.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 3 de octubre de 2011**, para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

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

## Interpretación y reporte de LCD

### Traducción 3D de Parte B con interpretación y reporte de estudios de imagen

El departamento de análisis completo de datos evaluó los *códigos CPT 76376 (3D rendering with interpretation and reporting of computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasound, or other tomographic modality; not requiring image postprocessing on an independent workstation)* y el *código CPT 76377 (3D rendering with interpretation and reporting of computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasound, or other tomographic modality; requiring image postprocessing on an independent workstation)*. Los *códigos CPT 76376 y 76377* fueron identificados como aberrantes basado en los datos de julio-diciembre del “extract summary system” (BESS) de Medicare Parte B. Los datos revelaron una porción de carrier a nación de 2.42 para el *código CPT 76376* y 2.05 para el *código CPT 76377*. El patrón de facturación identificado durante este análisis indica un potencial existente de facturación impropia y/o pago.

La traducción 3D es un procedimiento diagnóstico distinto que describe un procedimiento separado realizado con la tomografía computarizada, imagen de resonancia magnética, ultrasonido u otra modalidad tomográfica. Como con cualquier otro servicio, la traducción 3D debe cumplir el límite de cobertura razonable y necesario de Medicare. La definición de necesidad médica nota que un procedimiento debe cumplir, pero no exceder la necesidad médica del paciente.

Los procedimientos diagnósticos requieren una orden del médico tratante y el registro médico del paciente debe sustentar la intención de realizar el procedimiento diagnóstico como también la necesidad médica específica del paciente. El médico que supervisa el centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) puede que no ordene las pruebas a ser realizadas por el IDTF, a menos que el médico que supervisa el IDTF sea de hecho el médico que trata a los beneficiarios. Adicionalmente, los proveedores no pueden añadir ningún procedimiento basado en protocolo interno sin una orden escrita del médico tratante.

Para los requisitos adicionales para ordenar y seguir las órdenes de las pruebas diagnósticas, refiérase a la Publicación 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Capítulo 15, Sección 80.6-80.6.4 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y a la Publicación 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 35, Sección 20 de CMS.

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

[Puerto Rico Parte B – Lista de las LCD vigentes organizadas por su título](#)

[Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B – Lista de las LCD vigentes organizadas por su título](#)

#### Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare

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

## Formulario de Parte B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications/">http://medicare.fcso.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2011 a septiembre 2012.	40300260	Impreso \$33.00		
<b>Catálogo de honorarios de 2011</b> – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de mayo de 2011 y el 1 de junio hasta el 30 de noviembre de 2011, está disponible, sin costo, en línea, en <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 2011 para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia:      English [ ]      Español [ ]				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</b>	\$

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

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

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Re-determinaciones

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

### Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

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

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





**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**