

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Noviembre 2011



500 centros de salud calificados por el gobierno federal recibirán fondos, participan en programa para mejorar la atención médica

Affordable Care Act ayudará a mejorar la atención médica para los beneficiarios de Medicare

Gracias al Affordable Care Act, 500 centros de salud comunitarios en 44 estados recibirán aproximadamente \$42 millones en más de tres años para mejorar la coordinación y calidad de la atención médica que ellos ofrecen a las personas con Medicare y otros pacientes, anunció el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

“Los centros de salud son partes integrales de nuestras comunidades”, dijo el Administrador de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), Donald M. Berwick, M.D. “Esta iniciativa ofrecerá a los centros de salud participantes la ayuda que ellos necesitan para mejorar la atención médica de muchas personas con Medicare que dependen de ellos como su fuente principal de atención médica.”

Bajo esta demostración de práctica avanzada de la atención médica primaria, creado por el Affordable Care Act, Medicare pagará a los centros de salud comunitarios basado en la calidad de la atención médica que ofrecen. Este sistema de pago mejorado compensará a las clínicas por cosas como ayudar a los pacientes a administrar condiciones crónicas como la diabetes o la alta presión.

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales	39
Información para proveedores de la Parte A.....	40
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	58
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	63
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	64
Información para proveedores de la Parte B.....	65
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	71
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	76
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	77

En adición, los centros usarán estos fondos para expandir sus horas, realizar citas el mismo día y acomodar a los pacientes con necesidades médicas urgentes.

“La meta de esta demostración es ayudar a los pacientes a obtener la atención médica que ellos necesitan en un ambiente del cuidado primario en vez de un departamento de emergencia”, dijo Dr. Berwick “Cuando los pacientes son capaces de utilizar el centro de salud como su fuente primaria de la atención médica, ayuda a los doctores del cuidado primario, enfermeras y especialistas a coordinar su cuidado. Los centros de salud también usarán los dólares de la atención médica más sabiamente mientras los pacientes reciben las pruebas correctas, los medicamentos correctos y los tratamientos correctos en el ambiente adecuado”.

La demostración será llevada a cabo desde el 1 de noviembre de 2011, hasta el 31 de octubre de 2014. Los centros de salud participantes serán pagados una tarifa mensual por cada persona elegible con Medicare que reciba los servicios del cuidado primario. Center for Medicare and Medicaid Innovation (Innovation Center) de CMS y Health Resources Services Administration (HRSA) proveerán asistencia técnica para ayudar a los

Continúa en la página 44



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3	Medicare claim submission guidelines	36
Actualización trimestral para proveedores	4	Proyecto piloto de esMD	37
Partes A y B		Costos compartidos para beneficiarios	37
HIPAA		Recursos de influenza estacional.....	38
Anuncio de periodo discrecional para 5010	5	Recursos Educativos	
Reporte de recobro de sobrepago en ERA	6	Próximos eventos educativos	39
Estrategias de mitigación de riesgo.....	6	Parte A	
HIPAA 5010 y D.O requeridos	7	Cambios a las políticas de pago ESRD.....	40
Ambulancia		Clarificaciones de reclamaciones	40
Requisitos de inscripción adicionales.....	8	Implementación de cambios en pagos.....	41
Códigos de transportacion de ambulancia	8	Cambios menores en la facturación	42
Cambios de política y pago	9	Pagos a partir del CY 2012	42
EHR		Reclamaciones de servicios paliativos.....	42
Nuevas FAQ de programas de incentivo.....	11	Complicaciones en los donantes.....	43
Facturación		Facturación correcta del proveedor.....	44
Actualización anual de códigos HCPCS	12	Actualización de códigos de diagnóstico.....	45
Actualización de ASP trimestral.....	12	Pago de cirugías múltiples	46
HHS anuncia nuevos incentivos	13	Actualizaciones de PPS PC Pricer.....	46
Cargas de Medicare reducidas	14	Requisitos para servicios rutinarios.....	46
Licitación competitiva de DMEPOS.....	16	Actualización de los archivos trimestrales.....	47
Cambios al proceso aviso de sobrepago	17	Acutalización del sistema de OPPS	47
Desafío de innovación.....	17	CMS finaliza los cambios a HH PPS	47
Revisión de prepagos médicos	18	Medicare finaliza las disposiciones	48
Análisis de modelos de predicción	19	Corrección al índice de salarios	48
Tarifas Fijas		Reclamaciones retenidas a SNF.....	48
Actualización de CY 2012	19	Nuevos códigos HIPPS	49
Tarifa limite del factor de coagulación	20	Hoja informativa revisada 'SNF PPS'	49
Cambios en tarifas de pago del MPFS.....	20	Conferencia nacional MDS 3.0.....	49
ICD-10		Incrementos del índice de pago	50
Disponibles videos de teleconferencia	21	Reclamaciones RHC retenidas	50
Actualización de clasificador CMS MS	22	Procesamiento de reclamaciones FISS	51
Manuales de implementación.....	22	CARC utilizada reclamaciones terapia	51
Inscripción del Proveedor		Medicare Billing Information	52
Disposiciones de inscripción del proveedor	23	Comprehensive Outpatient Rehabilitation	52
Mejoras a PECOS por Internet.....	23	Hoja informativa 'Rural Health Clinic'	52
Revalidación de inscripción	24	Pago de la tarifa de aplicación	52
Todos los pagos a través de EFT	25	Solicitud de inscripción CMS-855A.....	53
Lista en línea lista de revalidación.....	25	Programa de incentivo EHR.....	53
Requisitos de acreditación ADI.....	25	Gráficos	
Detalles de revalidación	26	Datos de procesamiento de reclamación	55
Información General		Determinaciones Locales de Cobertura	
Curso basado en Internet revisado	27	Tabla de contenido de LCD Parte A.....	58
Tratamiento de inmunoterapia.....	27	Ordenar materiales de Parte A	63
Pagos de vacuna contra influenza	28	Contactos Parte A de Puerto Rico	64
Nuevo código vacuna contra influenza.....	28	Parte B	
Cambios al software de ediciones.....	29	Iniciativa de corrección de códigos.....	65
Campos adicionales para cartas ADR.....	29	Servicios diagnósticos radiológicos.....	65
Inmunizers' questions & answers	30	Formato de revisión al aviso de remesa.....	66
Nueva publicación de podcast	30	Nuevas pruebas con dispensa	66
Quarterly provider compliance	30	Actualización de los códigos de MREP	67
Conéctese al MLN	31	Acreditación ADI	67
Disponible para descargar.....	31	Medicare Podiatry Services.....	67
Actualizaciones del MLN	31	Folleto revisado Medicare Information	67
Medicare como pagador secundario	31	Ahora disponible el folleto 2010 PQRI.....	67
La versión 2011 de ABN debe ser usada	32	Gráficos	
Comienzan los ajustes de pago	32	Datos de procesamiento de reclamación	68
Programas de incentivo EHR	33	Determinaciones Locales de Cobertura	
Recursos ABN de MLN.....	34	Tabla de contenido de LCD Parte B	71
Medicare Shared Savings Program.....	34	Ordenar materiales de Parte B	76
Están dispnibles los podcasts	35	Contactos Parte B de Puerto Rico	77
Medicare Quarterly Provider Compliance.....	35		
Mes nacional de la diabetes	36		

Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 11
Noviembre de 2011

Publications staff

Elvyn Nieves
Kathleen Cruz
Terri Drury
Rafael Vallesoto
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

Third-party websites:

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

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

Sobre Esta Publicación

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

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

Las notificaciones importantes que requieren comunicación entre publicaciones serán publicadas en el sitio Web de educación al proveedor de Medicare de FCSO en <http://medicareespanol.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.

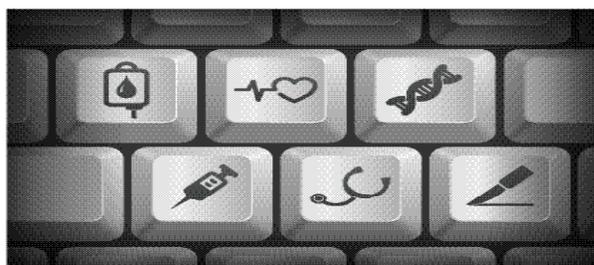
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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. ❖

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

HIPAA 5010

La Oficina ‘E-Health Standards and Services’ de CMS anuncia un periodo discrecional para cumplimiento de conformidad con 5010

El 17 de noviembre de 2011, la Oficina “E-Health Standards and Services” (OESS) de CMS anunció que no iniciará acción de cumplimiento hasta el sábado, 31 de marzo de 2012, con respecto a cualquier entidad cubierta por HIPAA que no esté en conformidad con los estándares del ASC X12 versión 5010 (versión 5010), NCPDP Telecom D.0 (NCPDP D.0), y NCPDP subrogación de Medicaid 3.0 (NCPDP 3.0). A pesar de la aplicación discrecional de la autoridad de cumplimiento de OESS, la fecha de conformidad para utilizar estos nuevos estándares permanece para el domingo, 1 de enero de 2012 (planes pequeños de salud tienen hasta el martes, 1 de enero de 2013, para cumplir con NCPDP 3.0).

La Oficina “E-Health Standards and Services” de CMS es el componente del Departamento de Salud y Servicios Humanitarios de Estados Unidos que exige el cumplimiento con la transacción de HIPAA y código de normas establecidas.

OESS exhorta a todas las entidades cubiertas a continuar trabajando con sus socios comerciales para hacerse condescendientes con los nuevos estándares de HIPAA, y para determinar cuan preparados están para aceptar los nuevos estándares a partir del domingo, 1 de enero de 2012. Mientras la acción de cumplimiento no es tomada, OESS continuará aceptando quejas asociadas a la conformidad con las normas de operación de la versión 5010, NCPDP D.0 y NCPDP 3.0 durante el periodo de 90 días comenzando el domingo, 1 de enero de 2012. De ser requerido por OESS, las entidades cubiertas que sean objeto de quejas (conocidas como “entidades presentadas en contra”) tienen que presentar evidencia de conformidad o hacer un esfuerzo de buena fe para llegar a cumplir con los nuevos estándares de HIPAA durante el periodo de 90 días.

OESS tomó la decisión de crear un periodo de cumplimiento discrecional basado en los comentarios de la industria. Aunque quedan aproximadamente 45 días antes del 1 de enero de 2012, fecha de conformidad, los comentarios revelaron que probando entre algunas entidades cubiertas y sus socios comerciales todavía no se ha alcanzado el umbral que indicará que la mayoría de las entidades cubiertas serán capaces de cumplir para el domingo, 1 de enero de 2012. Además, los comentarios indicaron que el número de emisores, el volumen de transacciones y otra información de prueba utilizada como indicadores de la preparación de la industria para cumplir con los nuevos estándares han sido bajos a través de algunos sectores de la industria. OESS también ha recibido reportes de que muchas entidades cubiertas todavía están esperando actualizaciones de software.

Los estándares de la versión 5010, NCPDP D.0, y NCPDP 3.0 representan mejoras significativas sobre las versiones estándares actuales. NCPDP D.0 maneja ciertas necesidades de la industria de farmacia. NCPDP 3.0 le permite a los programas de Medicaid del estado recuperar pagos por servicios de farmacia en casos donde un tercer pagador tiene responsabilidad financiera primaria. La versión 5010 en particular provee más funcionalidad para transacciones como peticiones de elegibilidad y status de reclamaciones de cuidado de salud. La implementación de la versión 5010 es también un prerrequisito para utilizar el diagnóstico actualizado ICD-10 CM y el código de normas establecidas para pacientes internos ICD-10-PCS en transacciones electrónicas del cuidado de la salud efectivo el martes, 1 de octubre de 2013.

Los enlaces a la información sobre la versión 5010, NCPDP D.0, y NCPDP 3.0 están disponibles en www.CMS.gov/ICD10.

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

Fuente: CMS PERL 201111-37

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

Número de *MLN Matters*: MM7499
 Número de petición de cambio relacionado: 7499
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R940OTN
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

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

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) generan la remesa de pago en conformidad con el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) que incluye suficiente información a los proveedores para que la intervención manual no sea necesaria en una base regular.

CMS ha determinado que el proveer el número de control del paciente como es recibido en la reclamación original, en vez del número de

reclamación de seguro de salud (HIC):

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7499, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R940OTN.pdf>.

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

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

Asegúrese de estar preparado para la versión 5010 – estrategias de mitigación de riesgo

Todas las entidades cubiertas por el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) que envían transacciones electrónicamente son requeridas que actualicen la versión 4010/4010A a la versión 5010 de estándares de transacción para el domingo, 1 de enero de 2012. Es importante recordar que la transición por venir de la versión 5010 no solamente es obligatoria, sino que es también un paso integral hacia una transición ICD-10 satisfactoria.

Es esencial realizar las pruebas interna y externamente con los socios comerciales antes de la fecha límite de la versión 5010 para asegurar que todos los socios de negocios son capaces de enviar y recibir transacciones conformes efectivamente, y de antemano a la fecha límite de transición. Tome acción ahora para asegurar conformidad y evitar problemas con el envío de reclamaciones para reembolso después del domingo, 1 de enero de 2012.

Si todavía no ha comenzado las pruebas externas, usted debe asegurarse de utilizar las siguientes estrategias de mitigación de riesgo:

- **Comuníquese con los vendedores y socios de negocios de forma regular.** Exhórteles a tomar acción ahora y establecer un plan de comunicación.

Continúa en la página siguiente

Asegúrese...(continuación)

- **Busque la ayuda de una casa de facturación.** Una casa de facturación asegura que las reclamaciones realicen la transición sin problemas entre prácticas y pagadores y puede servir como un traductor para las transacciones que no son conformes con el sistema de la versión 4010/4010A a la versión 5010. Si usted está preocupado de que su sistema interno no esté listo para el domingo, 1 de enero, utilizando una casa de facturación que ya está lista para procesar las reclamaciones de la versión 5010 puede asegurar que los reembolsos no son interrumpidos mientras usted hace conformes sus propios sistemas.
- **Establezca una línea de crédito.** Estableciendo o incrementando una línea de crédito ayudará a cubrir interrupciones potenciales del flujo de dinero debido a reclamaciones de reembolso retrasadas.
- **Aproveche los recursos disponibles.** Existen muchos recursos diferentes que ofrecen información valiosa a las organizaciones que buscan agilizar su transición a la versión 5010. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ofrecen *varias herramientas* para ayudarle a planear y ejecutar sus transiciones a la versión 5010 y ICD-10. A parte de CMS, muchas sociedades profesionales y organizaciones ofrecen guía y recursos para ayudarle en la transición.

Nota: Efectivo a las **6 p.m., 30 de diciembre de 2011**, First Coast Service Options Inc. (FCSO) ya no aceptará o enviará transacciones en el formato 4010A1. Todas las entidades cubiertas bajo HIPAA deben estar listas para implementar los estándares de transacción de la versión 5010. **Si usted no ha realizado la transición a la versión 5010 para esta fecha, usted no recibirá pago para las reclamaciones de servicio a tarifa (FFS) de Medicare.**

Manténgase actualizado sobre la versión 5010 y ICD-10

Visite el sitio Web de [ICD-10](#) para enterarse de las últimas noticias y recursos que le ayudan 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 201111-10

Apresúrese, el tiempo se acaba – la versión de HIPAA 5010 y D.0 serán requeridas para presentar reclamaciones de Medicare comenzando el domingo, 1 de enero de 2012

A partir del domingo, 1 de enero de 2012, la versión 5010 y NCPDP D.0 serán requeridas para todas las transacciones corrientes de HIPAA. Esto significa:

- Comenzando el domingo, 1 de enero de 2012, la versión HIPAA 4010A1 ya no será aceptada por Medicare
- Todos los socios de negocios deben operar en la versión HIPAA 5010 y D.0.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) exhorta con insistencia a los proveedores a aprovechar los muchos de los recursos provistos en:

- www.CMS.gov/ICD10
- www.CMS.gov/Versions5010andD0/01_overview.asp
- www.CMS.gov/MFFS5010D0/%20

Es esencial comenzar ahora la transición para prevenir interrupción al procesamiento de sus reclamaciones y flujo de dinero.

5010/D.0 calendario de implementación

Eventos futuros

Miércoles, 7 de diciembre – teleconferencia nacional de proveedores de CMS 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 teleconferencias nacionales de 5010 pasadas, favor de visitar la página Web [5010 National Provider Calls section of the versions 5010 & D.0](#).

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 201111-31

Ambulancia

Requisitos de inscripción adicionales para operadores de ambulancia aérea de ala fija o helicópteros

Número de *MLN Matters*: MM7363
 Número de petición de cambio relacionado: 7363
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: 3 de febrero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R394PI
 Fecha de implementación: 3 de febrero de 2012

Resumen

Una regla final publicada en noviembre de 2010, establece que dentro de 30 días de cualquier revocación o suspensión de una licencia o certificación federal o estatal, incluyendo la Federal Aviation Administration (FAA), el proveedor de ambulancia aérea debe reportar la revocación o suspensión de su licencia o certificación al contratista de Medicare que corresponda.

El contratista de Medicare accederá el sitio Web de FAA trimestralmente por lo menos, con la finalidad

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

de validar las certificaciones y licencias de proveedores de servicios de ambulancia aérea. Los contratistas denegarán o revocarán la inscripción de un proveedor de servicios de ambulancia aérea si no se mantiene la certificación FAA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7363.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7363, 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/R394PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 394, CR 7363

Instrucciones para aceptar y procesar todos los códigos de transportación de ambulancia

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

Resumen

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

Efectivo el 1 de enero de 2012, usted podrá enviar "reclamaciones de no pago" a Medicare para los servicios de transportación de ambulancia excluido estatutariamente, para obtener una denegación de Medicare para enviar al seguro secundario del beneficiario para propósitos de coordinación de beneficios.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7489, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R942OTN.pdf>.

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

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



Centros de Cirugía Ambulatoria

CMS adopta cambios de política y pago para los hospitales del cuidado ambulatorio y los centros de cirugía ambulatoria

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final con un periodo de comentario (regla final) que actualizará las políticas de pago y los índices de pago para los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en los departamentos ambulatorios de hospital (HOPD) y los centros de cirugía ambulatoria (ASC) comenzando el 1 de enero de 2012. En adición a establecer los índices de pago para el año calendario (CY) 2012, la regla final expande las medidas a ser reportadas bajo el programa de reporte de calidad del hospital de servicios ambulatorios, crea un nuevo programa de reporte de calidad para los ASC, y fortalece el programa de compra basada en valor de hospital (VBP de hospital) que afectará los pagos a los hospitales para las estancias de hospitalización comenzando el 1 de octubre de 2012.

CMS proyecta que los pagos totales a más de 4,000 hospitales –los cuales incluyen los hospitales del cuidado intensivo, centros de rehabilitación de hospitalización, centros psiquiátricos de hospitalización, hospitales del cuidado intensivo a largo plazo, hospitales de niños, y hospitales de cáncer– pagados bajo el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) en CY 2012 serán aproximadamente \$41.1 billones. CMS también proyecta que los pagos a aproximadamente 5,000 ASC participantes de Medicare pagados bajo el sistema de pago ASC serán aproximadamente \$3.5 billones para el CY 2012.

“CMS está comprometido a la meta de mejorar la calidad y seguridad del cuidado en todos los ambientes para todos los pacientes”, dijo el Administrador de CMS, Donald M. Berwick, M.D. “Utilizando las herramientas hechas disponibles bajo el Affordable Care Act, CMS se está moviendo agresivamente para reformar el pago y los sistemas de entrega del cuidado de la salud para proveer un mejor cuidado a bajo costo a través de mejoras”.

La regla final también establece un reporte electrónico piloto que permitirá a los hospitales adicionales, incluyendo los hospitales de acceso crítico (CAH), reportar las medidas de calidad clínica en CY 2012 para propósitos de participar en el programa de incentivo de registro de salud electrónico de Medicare.

Provisiones que afectan los pagos a los departamentos ambulatorios de hospital

La regla final incrementará los índices de pago bajo el OPPS a 1.9 por ciento en CY 2012. Este incremento está basado en el incremento de 3.0 por ciento del porcentaje proyectado en la bolsa del mercado del hospital del paciente hospitalizado para los servicios

de hospitalización pagados bajo el sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de hospital menos el ajuste de productividad multifactorial de 1.0 puntos porcentuales y menos un 0.1 punto porcentual de ajuste, los cuales son requeridos por el Affordable Care Act.

La regla final también provee un ajuste de pago para los hospitales de cáncer designados como es requerido por el Affordable Care Act. Este ajuste de pago se espera que incremente los pagos a los hospitales de cáncer a 11.3 por ciento (o aproximadamente \$71 millones) de lo que hubieran pagado de otra forma.

En respuesta a preocupaciones de que el requisito de Medicare para la supervisión directa del médico de los servicios terapéuticos del hospital ambulatorio podrían impedir el acceso a los beneficiarios específicamente en áreas rurales, la regla final establece un proceso de revisión de consejería independiente para considerar las solicitudes que servicios ambulatorios específicos estén sujetos a un nivel de supervisión que no sea supervisión directa. Bajo este proceso, CMS buscará las recomendaciones del Ambulatory Payment Classification (APC) Advisory Panel sobre los requisitos de supervisión apropiados. Este panel fue creado para proveer consejo técnico y recomendaciones a CMS sobre la asignación de artículos y servicios prestados en los departamentos ambulatorios de hospital a las clasificaciones de pago apropiadas. CMS añadirá dos miembros de hospital PPS rural pequeño y dos miembros CAH para representar sus intereses al panel para que todos los hospitales sujetos a las reglas de supervisión para pago de servicios terapéuticos ambulatorios sean representados. Puesto que los CAH no son pagados bajo el OPPS, los representantes CAH no participarían en deliberaciones sobre las asignaciones APC.

“CMS está comprometido en asegurar que los beneficiarios que son atendidos en hospitales rurales pequeños tengan acceso a servicios terapéuticos seguros y de alta calidad en los departamentos ambulatorios”, dijo Jonathan Blum, administrador adjunto y director de Center for Medicare de CMS. “Creemos que el proceso que hemos adoptado proveerá reacciones significativas y transparentes de las partes interesadas para ayudar a CMS a establecer requisitos de supervisión apropiada”.

En otras provisiones, la regla final:

- Pagará por la adquisición y gastos generales de medicamentos pagables per separado y productos



CMS...(continuación)

biológicos, que no sean nuevos medicamentos y productos biológicos que han pasado el estatus, al precio promedio de venta (ASP) más 4 por ciento.

- Pagará para los servicios de hospitalización parcial (PHP) en los PHP basados en hospital y los centros de salud mental comunitarios (CMHC) basado en las estructuras de costo únicas de cada tipo de programa. Para ambos tipos de proveedores, CMS propone finalizar nuestra propuesta de actualizar los cuatro índices de pago per diem PHP en los costos medios calculados utilizando los datos más recientes de reclamaciones para cada tipo de proveedor.
- Incrementará el número de medidas para reportar CY 2012 y CY 2013 para propósitos de las determinaciones de pago de CY 2014 y CY 2015, y modificaría el proceso de selección de hospitales para validar las medidas de gráfica abstraída reportadas que fueron adoptadas para CY 2012 en la regla OPPTS CY 2011.

Provisiones que afectan los pagos a los centros de cirugía ambulatoria

La regla final incrementa los índices de pago a los ASC a 1.6 por ciento en CY 2012. Esto refleja un índice de precio del consumidor para todos los consumidores urbanos estimado a 2.7 por ciento, menos un 1.1 por ciento de ajuste de productividad requerido por el Affordable Care Act.

La regla final también establece un programa de reporte de calidad para los ASC y adopta cinco medidas de calidad, incluyendo cuatro medidas de resultado y una medida de control de infección quirúrgica comenzando en CY 2012 para la determinación de pago CY 2014. La regla final añade dos medidas estructurales para reportar comenzando en CY 2013 para las determinaciones de pago CY 2015 y CY 2016 –una para uso de lista de cotejo de cirugía segura, y una para los datos de volumen de centro ASC en procedimientos quirúrgicos ASC seleccionados.

Provisiones que afectan el programa de compra basada en valor de hospital

El VBP de hospital, el cual fue exigido por la Sección 3001(a) del Affordable Care Act, fue inicialmente establecida en una regla final publicada en mayo de 2011. La regla final contenía las medidas, estándares de desempeño, y metodología de puntuación que sería usada para determinar los pagos de incentivo basado en valor a los hospitales en FY 2013. La regla final anunciada hoy trata los requisitos del programa para el programa FY 2014. Estos cambios incluyen: añadir una medida de proceso clínico para protegerse contra las infecciones debido a catéteres urinarios; y, establecer pesaje, periodos de desempeño, y estándares de desempeño para el proceso clínico, experiencia del paciente, y medidas de resultados para el FY 2014.

La regla final con el periodo de comentario para el OPPTS y el sistema de pago ASC pueden ser descargados en: <http://www.ofr.gov/inspection.aspx>.

Aparecerá en el *Federal Register* del 30 de noviembre de 2011. CMS aceptará los comentarios sobre temas abiertos para comentario para el 3 de enero de 2012, y les responderá en la regla CY 2013.

Las adiciones a la regla final para el OPPTS están disponibles en: <http://www.cms.gov/HospitalOutpatientPPS>.

Las adiciones a la regla final para el sistema de pago ASC están disponibles en: <http://www.cms.gov/ASCpayment/>.

Una hoja informativa de CMS (1 de noviembre de 2011) proveyendo más detalles sobre la regla final puede encontrarse en:

<http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4145>.

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 201110-61

EHR

Nuevas preguntas frecuentes de los programas de incentivo de Medicare y Medicaid EHR

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid desean mantenerle actualizado con la última información acerca de los programas de incentivo de Medicare and Medicaid Electronic Health Record (EHR). Estas nuevas preguntas frecuentes (FAQ) incluyen información sobre mediciones de calidad clínica (CQM), uso significativo, atestiguación y otros tópicos de los programas de incentivo Medicare and Medicaid Electronic Health Record (EHR).

1. ¿Tiene el proveedor que registrar todos los datos clínicos de su tecnología certificada EHR para reportar con exactitud datos completos de CQM para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)
2. ¿Tienen los proveedores que contribuir con una cantidad mínima de dinero para su tecnología EHR certificada por los programas EHR de Medicare y Medicaid EHR? [Vea la respuesta.](#)
3. ¿Dónde puedo encontrar una lista de agencias de salud pública y registros de inmunización para presentar mis datos como los exigen los objetivos de salud pública de los programas de incentivo EHR? [Vea la respuesta.](#)
4. ¿Es posible que dos prácticas separadas con dos números de identificación de impuestos diferentes (TIN) compren un solo sistema EHR certificado para participar en los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid? [Vea la respuesta.](#)
5. Para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, ¿Cómo puede un profesional elegible (EP), hospital elegible u hospital de urgencia (CAH) que atienden pacientes en múltiples localidades equipadas con tecnología EHR certificada, calcular numeradores y denominadores para mediciones y objetivos de uso significativo? [Vea la respuesta.](#)
6. Para los programas de incentivo EHR ¿Cómo puede un hospital elegible o CAH con múltiples sistemas de EHR certificadas reportar a su CQM? [Vea la respuesta.](#)
7. ¿Es preciso que la persona que completa la inscripción a los programas de incentivo EHR sea la misma que completa la atestiguación? [Vea la respuesta.](#)
8. ¿Cuál es la definición de “syndromic surveillance” para efectos de uso significativo de “Capability to submit electronic syndromic surveillance data to public health agencies”? [Vea la respuesta.](#)

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

Asegúrese de visitar [CMS EHR incentive programs](#) para enterarse de las últimas novedades y actualizaciones de los programas de incentivo 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 201111-11

Facturación

Actualización anual de los códigos HCPCS usados para la aplicación de la facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM7599
 Número de petición de cambio relacionado: 7599
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2317CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7599 es una notificación recurrente de actualización que provee la actualización anual de facturación consolidada de salud en el hogar, efectiva el 1 de enero de 2012. Los códigos HCPCS abajo están siendo añadidos a la lista de códigos de suministro de facturación consolidada de salud en el hogar.

- A5056 – ostomy pouch, drainable, with extended wear barrier attached, with filter, (1 piece), each.
- A5057 – ostomy pouch, drainable, with extended wear barrier attached, with built in convexity, with filter, (1 piece), each.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7599.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7599, 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/R2317CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2317, CR 7599

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

Actualización del precio promedio de venta trimestral de enero de 2012 y revisiones a archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM7624
 Número de petición de cambio relacionado: 7624
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2331CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7624, la cual instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar el archivo de precio de medicamentos del precio promedio de venta (ASP) de enero de 2012 para los medicamentos de la Parte B de Medicare, y, si es publicado por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos revisados de octubre de 2011, julio de 2011, abril de 2011, y enero de 2011.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago para las reclamaciones de medicamentos de Medicare Parte B pagados por separado procesados o reprocesados a partir del 3 de enero de 2012, con las fechas de servicio del 1 de enero de 2012, hasta el 31 de marzo de 2012. Los contratistas no buscarán y ajustarán las reclamaciones que ya han sido procesadas a menos que sean traídas a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7624.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7624, 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/R2331CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2331, CR 7624

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.

HHS anuncia nuevos incentivos para que los proveedores trabajen unidos a través de organizaciones de cuidados responsables cuando atienden a los pacientes de Medicare

Nuevas herramientas ayudan a los médicos y otros profesionales de la salud a mejorar la calidad de la atención médica

Las personas con Medicare podrán beneficiarse de un nuevo programa diseñado para alentar a los médicos de cuidados primarios, especialistas, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud, a coordinar sus cuidados bajo una reglamentación final emitida el jueves 20 de octubre de 2011, por el Department of Health and Human Services (HHS). Creadas por la Affordable Care Act, estas reglas finales para las organizaciones de cuidados responsables, se suman al menú de opciones para los proveedores que buscan atención del paciente mejor coordinada y hará más fácil para los proveedores entregar cuidados de alta calidad y utilizar más sabiamente el dinero destinado a cuidados de la salud.

Estas iniciativas son solamente dos entre *varios esfuerzos* hechos realidad por la Affordable Care Act para ayudar a traer mejor salud, mejor cuidado y costos más bajos, no solamente a los beneficiarios de Medicare, sino que a todos los norteamericanos. Por ejemplo, la Bundled Payments for Care Improvement Initiative y la Comprehensive Primary Care Initiative, ofrecen alternativas para coordinar y optimizar la atención médica.

Las dos iniciativas lanzadas el 20 de octubre – el Programa de ahorros compartido de Medicare y el modelo de pago anticipado – ayudarán a los proveedores a formar organizaciones de cuidados de la salud responsables y reflejarán el ingreso de información significativo provisto por las partes interesadas así como lecciones aprendidas por los innovadores en la coordinación de la atención médica en el sector privado.

- El **Medicare Shared Savings Program** ofrecerá incentivos a los proveedores de cuidados de la salud participantes que acordaron trabajar unidos y llegaron a ser responsables de la coordinación del cuidado de los pacientes. Los proveedores unidos a través de este modelo y que cumplen ciertos estándares de calidad basados en, entre otras mediciones, resultados para los pacientes y coordinación de los cuidados dentro del equipo de proveedores, pueden compartir los ahorros que obtienen por el programa de Medicare. Mientras más alta la calidad de los cuidados entregados por los proveedores, mayor es el ahorro compartido que ellos pueden conservar.
- El **modelo de pago anticipado** dará apoyo adicional a los médicos-propietarios y proveedores rurales que participan en el Programa de ahorros compartido de Medicare, los que también podrán beneficiarse de los recursos adicionales de inicio para construir la infraestructura necesaria, tales como personal nuevo o sistemas de tecnología de información. Los pagos anticipados serán

recuperados de cualquier ahorro compartido futuro obtenido por la organización de cuidados responsable.

La regla final del Programa de ahorros compartido está puesta en: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27461.pdf>.

El comunicado de prensa de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está disponible en: <http://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4132>.

La solicitud de pago anticipado está puesta en: <http://innovations.CMS.gov/areas-of-focus/seamless-and-coordinated-care-models/advance-payment/>.

Para más información, las hojas informativas están puestas en: <http://www.HealthCare.gov/news/factsheets/2011/10/accountable-care10202011a.html> and <http://www.CMS.gov/ACO/>.

La regla final temporaria conjunta de CMS y HHS Office of Inspector General (OIG) con plazo para comentarios relacionados con desestimaciones de ciertas leyes de fraude y abuso en relación con el Programa de ahorros compartido está puesta en: <http://www.OFR.gov/inspection.aspx>.

El Antitrust Policy Statement está puesto en: <http://www.FTC.gov/opp/aco/> y http://www.justice.gov/atr/public/health_care/aco.html.

La hoja informativa de The Internal Revenue Service (IRS), Tax-Exempt Organizations Participating in the Medicare Shared Savings Program through Accountable Care (FS-2001-11), será puesta en: <http://www.IRS.gov>.

Para más información puede ver las hojas informativas de CMS (10/20) en: https://www.CMS.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

Enlaces al *Federal Register*:

- Organizaciones de cuidados responsables: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27461.pdf>
- Dispensas completas: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27460.pdf>.
- Pago anticipado: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27458.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 201110-35

Cargas regulatorias de Medicare reducidas para que los proveedores de cuidados de la salud puedan economizar cerca de \$1.1 billones

El 18 de octubre, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), dieron los pasos correspondientes para reducir reglamentaciones innecesarias, obsoletas o muy pesadas sobre los hospitales y proveedores de la salud norteamericanos. Estos pasos ayudarán a alcanzar la meta principal de la iniciativa de reforma reglamentaria del Presidente Obama para reducir innecesaria carga en los negocios y ahorrará cerca de \$1.1 billones de dólares al sistema de cuidados de la salud en el primer año para totalizar, en cinco años, más de \$5 billones.

CMS propuso dos conjuntos de reformas reglamentarias y finalizó una tercera. Todas han sido diseñadas para mejorar transparencia y ayudar a los proveedores a operar de manera más eficiente al reducir el peso de las reglamentaciones. Un conjunto propone actualizaciones a las condiciones de participación en Medicare (CoP) para hospitales y hospitales de urgencia (CAH). El segundo conjunto se refiere a requisitos reglamentarios para un rango más amplio de proveedores y suplidores de cuidados de la salud que están reglamentados bajo Medicare y Medicaid. CMS también finalizó una tercera regla que reduce el peso de las reglamentaciones sobre los centros de cirugía ambulatoria (ASC).

CMS estima que el ahorro anual para los hospitales con motivo de las propuestas revisiones a CoP, podría exceder \$900 millones de dólares en el primer año, a medida que los hospitales incrementan el uso de esta nueva flexibilidad. La regla de reforma de reglamentaciones de Medicare podría ahorrar hasta \$200 millones durante el primer año. La regla final para ASC podría generar un extra de \$50 millones de dólares anuales en ahorros.

Estas tres reglas podrían, en conjunto, reducir costos a hospitales y otros proveedores de cuidados de la salud por alrededor de \$1.1 billones de dólares durante el primer año. Estos ahorros vendrán directamente de la reducción de cargas regulatorias y no están acompañadas por reducciones de reembolsos. De esta manera, todos estos ahorros estarán disponibles para ayudar a los proveedores a mejorar la calidad de los cuidados que proveen a los beneficiarios de Medicare y a todos los norteamericanos.

Antecedentes

Las reglas propuestas fueron desarrolladas a través de una revisión retrospectiva de regulaciones existentes, de acuerdo a orden ejecutiva 13563 del Presidente Obama, del 18 de enero de 2011, para “modificar, simplificar o rechazar” reglamentaciones que imponen cargas innecesarias a hospitales y otros proveedores que deben cumplir requisitos bajo Medicare.

Las reglas toman en consideración numerosas recomendaciones sobre reducción de la carga de

hospitales, hospitales de urgencia y abogados de los pacientes, entre otros.

Condiciones de participación de Medicare

Las condiciones de participación (CoP) son requisitos federales de salud y seguridad que aseguran alta calidad en los cuidados del paciente. Hospitales y hospitales de urgencia deben cumplir estas condiciones para participar en los programas de Medicare y Medicaid. La regla propuesta está diseñada para reducir la carga de reglamentaciones en hospitales de la manera siguiente:

- Eliminación de requisitos muy pesados que no permiten a pacientes de hospital o las personas que los cuidan/apoyan, la administración de ciertos medicamentos.
- Permitir a los hospitales determinar la mejor manera de supervisar y controlar pacientes ambulatorios, eliminando requisitos innecesarios para un simple director de servicios de paciente ambulatorio.
- Incrementar la flexibilidad de los hospitales permitiendo que un simple organismo de gobierno supervise múltiples hospitales en un sistema simple de salud.
- Permitir a los hospitales tener un plan simple de cuidados interdisciplinarios que apoyen la coordinación de los cuidados en lugar de requerir un plan aparte aislado de cuidados de enfermería.
- Permitir a los CAH proveer ciertos servicios, incluyendo servicios de radiología y laboratorio, según sea determinado.

Reforma de la reglamentación médica

La regla Medicare Regulatory Reform identificará y comenzará a eliminar requisitos reglamentarios duplicados, sobrepuestos, obsoletos y conflictivos para proveedores y suplidores de cuidados de la salud, incluyendo hospitales, centros de servicios ambulatorios (ASC), establecimientos de atención de enfermedades renales en su estado terminal (ESRD), suplidores de equipo médico durable (DME) y un gran número de otros proveedores y suplidores de cuidados de la salud reglamentados por Medicare y Medicaid. La meta de esta regla propuesta es reducir el peso de las reglamentaciones y ayudar a los proveedores a mejorar la atención de los pacientes.

Esta regla ayudará a reducir cargas innecesarias sobre los proveedores de cuidados de la salud, permitiéndoles dedicar más recursos a mejorar el cuidado del paciente. Algunos de los más de dos docenas de cambios reglamentarios incluyen:

Continúa en la página siguiente

Cargas...(continuación)

- Eliminación de reglamentaciones obsoletas, incluyendo papeleo y números de control expirados de la Office of Management and Budget, instrucciones de control de infecciones pasadas de moda para centros de cirugía ambulatoria (ASC), estándares de calificaciones de Medicaid caducados para terapeutas físicos y educacionales y requisitos duplicados de organismos de gobierno para las organizaciones proveedoras de órganos.
- Clarificar que establecimientos de ESRD de alto riesgo son necesarios para cumplir por completo con los requisitos federales de Life Safety Code. CMS estima que la reducción de esta carga podría ahorrar aproximadamente \$108.7 millones de dólares al programa ESRD.
- Eliminar los requisitos actuales de Medicare que desactivan automáticamente a un proveedor o suplidor que no ha presentado una reclamación por 12 meses consecutivos, evitando que se impida inadvertidamente a los proveedores reinscribirse en Medicare durante un determinado plazo. Por esta reforma reglamentaria se proyecta un ahorro anual de \$26.7 millones.
- Eliminar la lista de equipo de emergencia que ASC debe tener a mano y permitir a los establecimientos, junto con el personal médico y organismos de gobierno, desarrollar políticas y procedimientos que especifiquen el equipo de emergencia adecuado para los servicios que prestan.
- Reemplazar los acuerdos inflexibles de tiempo-limitado que gobiernan la participación en Medicare de los establecimientos de cuidado intermedio de retardados mentales, por acuerdos de plazo indefinido y reducir la carga de papeleo a los estados al requerir la inspección anual de esos establecimientos. La reglamentación considera también un recomendación de las partes interesadas, en el sentido de reemplazar el término "retardado mental" por el término "discapacidad intelectual", que en años recientes ha conseguido amplia aceptación pública.
- Actualizar los requisitos técnicos de prescripción electrónica, de manera tal que los planes de prescripción de medicinas de Medicare cumplan con estándares actuales.

Reforma reglamentaria de centros de cirugía ambulatoria

Este anuncio incluye también una regla final de CMS que actualizaría las condiciones para reglamentaciones de cobertura para ASC, en base a una regla propuesta emitida por CMS en abril de 2010.

Esta nueva regla final simplifica los requisitos que ASC deben cumplir para notificar a los pacientes acerca de sus derechos. Específicamente, la regla final permitirá a ASC proveer a los pacientes,

representante de los pacientes o reemplazante del paciente, con información sobre los derechos del paciente, antes del comienzo de procedimientos quirúrgicos. Antes de esta regla final ([CMS-3217-F](#)), se exigía a ASC notificar a los pacientes de manera anticipada a la fecha de la operación. Esto causaba problemas logísticos particulares e inconveniencias a los pacientes que necesitaban servicios de ASC el mismo día del recibo por referencia médica.

Para más información

Para ver las reglas propuestas, visite [CMS-9070-P](#) o [CMS-324-P](#). Para hacer un comentario, visite [www.regulations.gov/](#), ingrese el número de ID CMS-9070-P o CMS-3244-P, y haga clic sobre "Submit a Comment".

Para más información sobre condiciones de participación de hospitales y hospitales de urgencia, visite http://www.cms.gov/CFCsAndCoPs/06_Hospitals.asp.

La regla propuesta invita también al público a hacer sus comentarios sobre un amplio margen de recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en los hospitales, más allá de lo especificado en las condiciones de participación.

La regla final de CMS sobre ASC se puso en vigencia el martes 18 de octubre. Hay más información sobre ASC en línea, en http://www.cms.gov/CFCsAndCoPs/16_ASC.asp.

El Department of Health and Human Services ha lanzado también la iniciativa Partnership for Patients, una colaboración a nivel nacional con hospitales, empleadores, médicos, enfermeras, abogados de los pacientes y gobiernos estatales, para proteger la seguridad del paciente, proveer mejores cuidados y reducir costos. Para más información sobre Partnership for Patients, ir a: <http://www.healthcare.gov/center/programs/partnership/index.html>.

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 201110-38



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) o revisando la hoja informativa PECOS en 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) 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. Los suplidores licitantes en la competición nacional de órdenes por correo deben tener las licencias correspondientes en cada uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam y American Samoa.

- **Obtenga acreditación:** Los suplidores deben estar acreditados para todos los artículos de una categoría de productos a fin de que puedan presentar una licitación para esa categoría determinada. Si usted tiene interés en licitar para una categoría de productos y no tiene acreditación vigente, actúe ahora para obtener la acreditación que corresponde. Su organización de acreditación debe informar de todas las actualizaciones de acreditación a NSC. CMS no puede contratar con suplidores no acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS.

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

La fuente oficial de información para licitadores es el contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC). Manténgase informado –para suscribirse a la actualización por medio de email y las últimas noticias acerca del programa de licitación competitiva DMEPOS, visite el sitio Web de CBIC en 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 201111-01

Cambios al proceso de aviso de sobrepago de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) le han hecho cambios al proceso de aviso de sobrepago de Medicare. Si había algún balance pendiente que no había sido resuelto, anteriormente los proveedores recibían tres cartas de aviso de sobrepago de Medicare:

- Carta de demanda inicial (primera carta)
- Carta de seguimiento (segunda carta)
- Carta de intento a referir (tercera carta)

CMS les enviaba la carta de segunda demanda a los proveedores 30 días después del aviso inicial de un sobrepago. Una revisión reciente ha determinado que esto no es eficiente ya que la mayoría de los proveedores responden a la carta de demanda inicial y pagan la deuda.

Actualmente la acción de recuperación ocurre 41 días luego de la carta inicial. La remesa de pago la cual describe esta acción sirve como otro aviso a los proveedores sobre el sobrepago. Por lo tanto, efectivo el martes, 1 de noviembre de 2011, las cartas de segunda demanda ya no serán enviadas a los proveedores. Los derechos de apelación de los proveedores permanecerán sin cambios.

Si un sobrepago no es pagado dentro de 90 días luego de la carta inicial, los proveedores continuarán recibiendo una carta explicando la intención de CMS de referir la deuda a cobros.

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 201111-22

Desafío de innovación para el cuidado de la salud mejorará el cuidado de la salud, ahorrará dinero y se enfocará en trabajos del cuidado de la salud

Nuevos fondos disponibles para la próxima generación de innovación de cuidado de la salud

Hasta \$1 billón será otorgado a proyectos innovadores a lo largo de la nación que examinen maneras creativas para proveer servicios de cuidado médico de alta calidad y ahorren dinero. Lanzado por el Departamento de Salud y Servicios Humanitarios, el desafío de innovación para el cuidado de la salud también dará preferencia a proyectos que rápidamente puedan reclutar, entrenar y utilizar trabajadores de cuidado de la salud.

“Hemos tomado increíbles pasos para reducir los costos del cuidado de la salud y mejorar el cuidado, pero estamos ansiosos de continuar haciendo más,” dijo la Secretaria de HHS Kathleen Sebelius. “Ambas organizaciones, públicas y privadas, alrededor de la nación, están encontrando soluciones innovadoras para mejorar el sistema del cuidado de la salud y el desafío de innovación para el cuidado de la salud ayudará a dar un empuje para comenzar con estos esfuerzos.”

Fundado por el Affordable Care Act, el desafío de innovación del cuidado de la salud otorgará becas en marzo para los solicitantes que introduzcan las ideas nuevas más convincentes para mejorar la salud, un cuidado de la salud mejorado y menores costos a las personas inscritas en Medicare, Medicaid y en el Children’s Health Insurance Program, particularmente a esos con la mayores necesidades de cuidado de la salud. El desafío apoyará proyectos que puedan comenzar dentro de seis meses. Además, proyectos que sean enfocados a un desarrollo rápido de la fuerza laboral se les dará prioridad cuando las becas sean otorgadas.

“Cuando visito comunidades alrededor de la nación, veo continuamente soluciones innovadoras en sus primeras etapas – un sistema de salud grande trabajando con socios para disminuir el riesgo de diabetes con programas de nutrición o un grupo de la iglesia que envía voluntarios a ayudar a personas mayores confinados al hogar para que puedan vivir en casa,” dijo Donald M. Berwick, M.D., administrador de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. “Poniendo más programas como éste y más trabajadores, estos tipos de programas podrían verdaderamente transformar nuestro sistema de cuidado de la salud.”

Se espera que las adjudicaciones sean de entre aproximadamente \$1 millón a \$30 millones sobre 3 años. Las solicitudes están abiertas a proveedores, pagadores, gobierno local, organizaciones basadas en la comunidad, y particularmente a asociaciones públicas y privadas y enfoques con múltiples pagadores. Cada proyecto beneficiario será evaluado y monitoreado para mejoramientos mensurables en calidad del cuidado y ahorros generados.

Para más información, incluyendo una hoja informativa y el anuncio de la oportunidad de fondos, favor de ver la página de web del desafío de innovación para el cuidado de la salud en www.innovation.cms.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 201111-30

Revisión de prepagos médicos de reclamaciones de hospitales por pacientes internos

Hospitales, cirujanos, médicos de admisión y profesionales de la salud ordenando o efectuando servicios relacionados a admisiones de pacientes internos afectados

A lo largo del 2011, First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha conducido un enfoque agresivo para alcanzar proveedores y ha efectuado prepagos significativos a revisiones de archivos médicos para apoyar las metas de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) de reducir la tasa de error nacional de reclamaciones pagadas de Medicare. Desafortunadamente, el número de hallazgos del “comprehensive error rate testing” (CERT) muestra que las tasas de error relacionadas a admisiones de pacientes internos no están mejorando. Después de la ejecución de un análisis de data completo, FCSO concluyó que la tasa de error de la Parte A es conducido por altos costos por “Medicare severity-diagnosis-related-group” (MS-DRG) denegaciones de necesidades médicas envolviendo procedimientos quirúrgicos y admisiones MS-DRG de estadía corta. Por lo tanto, las reclamaciones de la Parte A MS-DRG (DRG para abreviar) se convertirán en el enfoque principal para un aumento en revisiones de prepagos de registros médicos. Solo los proveedores de Florida serán objeto de aumento en revisión de prepagos; proveedores en Puerto Rico e Islas Vírgenes de Estados Unidos no serán afectadas.

Impacto al proveedor: Revisión de prepagos médicos de ciertas reclamaciones DRG de pacientes internos y revisión de post-pagos de servicios relacionados con la Parte B en MAC J9 (excluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes de Estados Unidos).

FCSO, el contratista administrativo de Medicare (MAC) para jurisdicción 9 (J9), está actualmente en proceso de implementar un enfoque escalonado para comenzar efectuando 100% revisiones de prepagos médicos de reclamaciones de hospitales por pacientes internos para las DRG listadas a continuación para el 1 de enero de 2012. La revisión de estas DRG afectarán tanto la reclamación de cirugía del hospital de la Parte A como los servicios relacionados de la Parte B.

- 226 – Cardiac defibrillator implant without (w/o) cardiac catheter with (w/) major complications or comorbidities (MCC)
- 227 – Cardiac defibrillator implant w/o cardiac catheter w/o MCC
- 242 – Permanent cardiac pacemaker implant w/MCC
- 243 – Permanent cardiac pacemaker implant w/CC
- 244 – Permanent cardiac pacemaker implant w/CC or MCC
- 245 – Automatic implantable cardiac defibrillator (AICD) generator procedures
- 247 – Percutaneous cardiovascular procedure w/drug eluding stent w/o MCC

- 251 – Percutaneous cardiovascular procedure w/o coronary artery stent w/o MCC
 - 253 – Other vascular procedures w/CC
 - 264 – Other circulatory system or procedures
 - 287 – Circulatory disorders except acute myocardial infarction (AMI), w/cardiac catheter w/o MCC
 - 458 – Spinal fusion except cervical w/spinal curve, malign, or 9+ fusions w/o CC
 - 460 – Spinal fusion except cervical w/o MCC
 - 470 – Major joint replacement or reattachment of lower extremity w/o MCC
 - 490 – Back and neck procedures except spinal fusion w/CC/MCC or disc device/neurostimulator
- FCSO continuará efectuando un 30% de revisión de prepagos médicos para servicios de DRG 313 (dolor de pecho) y DRG 552 (problemas médicos de la espalda sin mayores complicaciones). A partir del 1 de noviembre de 2011, 10% revisión de prepago médico fue iniciado para DRG 392 (esofagitis, gastroenteritis, y digestivo misceláneo sin MCC) y DRG 641 (trastorno metabólico nutricional misceláneo sin MCC).

Efectivo el 1 de enero de 2012, FCSO también efectuará revisiones de post-pago del médico y/o cirujano de admisión de la Parte B de servicios relacionados a admisión de pacientes internos que son denegados porque no cumplen con el nivel de criterio para el cuidado ya que los servicios efectuados pudieron haber sido provistos en un ambiente menos intensivo (i.e., paciente externo), o la documentación no respalda la necesidad médica del procedimiento.

Como los errores de CERT de la Parte A disminuyen significativamente para los DRG identificados en esta estrategia de prevención de error en prepagos, revisiones de prepagos médicos de esos DRG serán disminuidos o descontinuados. También, como la ejecución de proveedores individuales muestran conformidad consistente con los requerimientos documentación y resulta en tasas de errores bajas, esos proveedores serán removidos de revisiones médicas de prepagos de los código(s) aplicables de DRG.

FCSO continuará proveyendo educación e información retroactiva en el proceso de revisión de prepagos y se unirá con asociaciones, sociedades médicas y grupos de proveedores a través de Florida para disminuir exitosamente las tasas de error.

Fuente: FCSO’s Program Integrity and Provider Outreach and Education departments

Análisis de modelos de predicción de reclamaciones de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1133
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

A partir del 30 de junio de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), han implementado un sistema analítico de predicción que analizará todas las reclamaciones de sistema de pago de servicios mediante tarifas fijas (FFS) para detectar actividad potencialmente fraudulenta. Este nuevo proceso es similar al del análisis de prepago ya efectuado por industrias financieras y de tarjetas de crédito.

El sistema analítico predictivo usa algoritmos y modelos para examinar reclamaciones de Medicare en tiempo real para identificar facturación sospechosa. Este artículo explica brevemente el sistema de modelo predictivo, su propósito, y como CMS está incorporando el sistema en su proceso de pago de reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1133.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1133

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

Tarifas Fijas

Actualización de CY 2012 tarifa fija para DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM7635
Número de petición de cambio relacionado: 7635
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de noviembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2340CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo, basado en la orden de cambio (CR) 7635, notifica a los proveedores acerca de la actualización anual del año calendario (CY) 2012 para equipo médico durable de Medicare a tarifa fija, prótesis, ortóticos e insumos (DMEPOS). Las instrucciones incluyen información acerca de los archivos de datos, factores de actualización y otra información relacionada con la actualización de tarifa fija de DMEPOS.

Estos cambios estarán vigentes para DMEPOS provistos a partir del 1 de enero de 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7635.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7635, 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/R2340CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2340, CR 7635

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.

Ahora disponible la tarifa límite del factor de coagulación de sangre de CY 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado en su sitio Web la tarifa del factor de coagulación de sangre para el año calendario (CY) 2012 en http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/20_ClotFactorFurnishFee.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 201110-24

Cambios en tarifas de pago para el Medicare physician fee schedule de 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final con periodo para comentar que actualiza las pólizas de pagos y tarifas para médicos y profesionales de la salud (NPPs) para servicios pagados bajo el Medicare physician fee schedule (MPFS) en el año calendario año calendario (CY) 2012. Más de un millón de proveedores de servicios vitales de salud para beneficiarios de Medicare – incluyendo médicos, profesionales de la salud con licencia limitada como lo son los podiatras, y NPPs como enfermeras y terapistas físicos – son pagados bajo el MPFS. Los proyectos de CMS bajo los pagos totales del MPFS en el CY 2012 serán de aproximadamente \$80 billones.

Es requerido que CMS emita una regla final que refleje la ley actual. Bajo la ley actual, los proveedores enfrentarán reducciones pronunciadas en todos los niveles de los índices de pago, basado en una fórmula – el sustainable growth rate (SGR) – que fue adoptada en el Balanced Budget Act de 1997. Sin cambiar la ley del Congreso, las tarifas de pago de Medicare a los proveedores bajo el MPFS serán reducidos por un 27.4 por ciento para servicios en el CY 2012 – menos del 29.5 por ciento que CMS había estimado en marzo de este año por que el crecimiento del costo de Medicare ha sido menor que lo esperado. Esta es la undécima vez que la fórmula SGR ha resultado en una reducción de pago, aunque las reducciones han sido evitadas por medio de legislación cada año exceptuando CY 2002. La administración de Obama está comprometida a arreglar el SGR y asegurarse de que estas reducciones de pago no entren en efecto.

En un esfuerzo para asegurar que Medicare está pagando por servicios médicos de manera precisa y manejando más de cerca el sistema de pago, CMS ha expandido la iniciativa de código potencialmente valorado incorrectamente en la regla final del CY 2012. Este año, CMS se está enfocando en los códigos facturados por médicos en cada especialidad que resultaron en los gastos más altos de Medicare bajo el MPFS para determinar si estos códigos son sobreestimados. En el pasado, CMS ha identificado códigos específicos para revisión que podrían haber afectado algunas especialidades (e.g., cardiología, radiología, medicina nuclear); sin embargo, CMS no le ha echado un vistazo a los códigos de mayores gastos a través de todas las especialidades. Este esfuerzo resulta en un aumento de pago para servicios

de cuidado primario que ha sido históricamente subestimado por la tarifa fija.

CMS también está haciendo cambios en cómo está ajustando los pagos por variaciones geográficas en los costos de práctica. Las leyes Affordable Care Act y el Medicare and Medicaid Extensions Act hicieron algunos ajustes que estuvieron en vigencia por dos años mientras CMS y el Institute of Medicine (IOM) comenzaron a estudiar estos problemas exhaustivamente.

La regla final con periodo de comentario aparecerá en el *Federal Register* del 28 de noviembre de 2011. CMS aceptará comentarios en aquellas provisiones que estén sujetas a comentarios hasta el martes, 3 de enero de 2012, y responderá en el MPFS para el CY 2013.

Para más información, visite <http://www.cms.gov/PhysicianFeeSched/PFSFRN/list.asp>.

Lea el comunicado de prensa emitido el 1 de noviembre en su totalidad, en <http://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=415>.

También, por favor vea hojas informativas de CMS adicionales emitidas el 1 de noviembre, las cuales puede encontrar en:

<http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4153>

<http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4154>

<http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4155>

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 201110-59

ICD-10

Están disponibles los videos, podcasts y transcripciones de la teleconferencia nacional del proveedor ICD-10 del 3 de agosto

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado cuatro podcasts y dos presentaciones de video diapositivas de la teleconferencia nacional del proveedor del 3 de agosto sobre "ICD-10 Implementation Strategies for Physicians".

¿Se perdió la teleconferencia nacional del proveedor ICD-10 del 3 de agosto?

La narración completa de la presentación está disponible en el canal YouTube de CMS, en la forma de video diapositivas que incluyen audio y captación de la teleconferencia. Una segunda video diapositiva de esta teleconferencia nacional del proveedor está también disponible de la presentación del Dr. Daniel Duvall en "Implementation Strategies for Physicians and Non-Physician Practitioners."

¿Limitaciones de tiempo?

Los Podcasts son perfectos para la oficina, el automóvil o cualquier lugar donde usted tenga un dispositivo de transmisión portátil o un smartphone. Para la teleconferencia ICD-10 del 3 de agosto, están disponibles los podcasts siguientes:

- Podcast 1 de 4: Bienvenida y estrategias de implementación para médicos
- Podcast 2 de 4: Sinopsis y presentación por expertos en materias de CMS
- Podcast 3 de 4: Sesión de preguntas y respuestas
- Podcast 4 de 4: Continuación de la Sesión de preguntas y respuestas

Los podcasts, diapositivas y transcripciones, están disponibles en el sitio Web de CMS, en <http://www.cms.gov/ICD10/Tel10/itemdetail.asp?itemID=CMS1249632>.

Los audios de los cuatro podcasts con sus transcripciones correspondientes, así como la transcripción completa de la teleconferencia pueden ser accedidos en la sección "Downloads" al final de la página. Para acceder las diapositivas, seleccione los enlaces en la sección "Related Links Outside CMS" de la página Web.

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

Fuente: CMS PERL 201110-28



Actualización de clasificador CMS MS con software piloto de editor de código de Medicare ICD-10 R1 y actualización del manual de definiciones ICD-10 MS-DRG R1

En base a comentarios del público, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid decidieron proveer al público una versión actualizada del software y manual de definiciones de gravedad de ICD-10 Medicare (MS)-DRGs v28.0 (año fiscal 2011). CMS cree que este software permitirá al público revisar con más facilidad y dar sus opiniones sobre las actualizaciones de ICD-10 MS-DRG.

Más información disponible en el sitio Web de CMS en http://www.cms.gov/ICD10/17_ICD10_MS_DRG_Conversion_Project.asp.

Para acceder el manual de definiciones, seleccione el enlace en la sección “Related Links Inside CMS” de la página Web.

Para acceder el software, seleccione el enlace en la sección “Related Links Outside CMS” de la página Web.

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

Fuente: CMS PERL 201110-34

CMS ha desarrollado manuales de implementación para ayudarle con la transición a ICD-10

Todas las entidades cubiertas bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) deben hacer la transición a los sets de códigos ICD-10 para el 1 de octubre de 2013. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado cuatro manuales de implementación para ayudarle con su transición a ICD-10. Estos manuales son guías paso a paso creadas específicamente para prácticas de proveedores pequeñas y medianas, prácticas grandes, hospitales pequeños y pagadores.

El apéndice de cada manual hace referencia a plantillas pertinentes, las cuales están disponibles para descargar en ambos formatos Excel y PDF. Las plantillas son personalizables y han sido creadas para ayudar a las entidades a clarificar las funciones del personal, fijar responsabilidades/fechas límite internas y evaluar la preparación de los proveedores.

Ver planes paso a paso y plantillas pertinentes para cada una de las siguientes audiencias:

- [Prácticas de proveedores pequeña/mediana](#)
 - [Plantillas pertinentes](#)
- [Prácticas de proveedores grande](#)
 - [Plantillas pertinentes](#)
- [Hospitales pequeños](#)
 - [Plantillas pertinentes](#)
- [Pagadores](#)
 - [Plantillas pertinentes](#)

Los pasos y procesos sugeridos por el bosquejo de los manuales de implementación de ICD-10 para una transición fácil a ICD-10. Proveedores, hospitales y pagadores pueden utilizar estas guías para:

- Asegurar que los pasos y acciones apropiadas sean tomadas a través del proceso de implementación ICD-10

- Mantenerse encima de las fechas límites mirando las líneas de tiempo en los manuales.
- Personalizar su plan de transición llenando las plantillas de Excel listadas en los apéndices; las plantillas le ayudarán a clarificar las funciones del personal, fijar fechas límites internas y responsabilidades, y evaluar la preparación de los proveedores.

Recordatorio – la fecha límite para cumplir con la versión 5010 está a menos de 60 días

Todas las entidades afectadas deben primero convertirse a la versión 5010 para el domingo, 1 de enero de 2012, para que los sets de códigos médicos ICD-10 funcionen. Para alcanzar esta fecha límite de cumplimiento, necesita conducir pruebas de transacciones internas nivel I y externas nivel II. Una vez su práctica ya haya completado la transición a la versión 5010, tome los pasos necesarios listados en el manual de implementación ICD-10 para ayudarle a preparar para ICD-10.

Manténgase al día sobre la versión 5010 y ICD-10

Favor de visitar la [página de web ICD-1](#) para enterarse de las últimas noticias y recursos de ayuda para prepararse y para descargar y compartir el [dispositivo](#) 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 201111-20

Inscripción del Proveedor

Implementación de las disposiciones de inscripción del proveedor en CMS-6028-FC

Número de *MLN Matters*: MM7350
Número de petición de cambio relacionado: 7350
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de marzo de 2011
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R371IP
Fecha de implementación: 25 de marzo de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado una reglamentación final con período de comentarios, titulada “Medicare, Medicaid, and Children’s Health Insurance Programs; Additional Screening Requirements, Application Fees, Temporary Enrollment Moratoria, Payment Suspensions and Compliance Plans for Providers and Suppliers” (CMS-6028-FC). Esta reglamentación fue publicada en la edición de febrero de 2011 del *Federal Register*.

Las disposiciones finales se refieren a lo siguiente:

- Establecimiento de categorías de exámenes de selección en la inscripción de proveedores
- Tarifas de solicitud como parte del proceso de inscripción del proveedor
- Suspensiones de pago en base a sospecha fundamentada de fraude, y

- Facultad de imponer una moratoria temporal a la inscripción de nuevos proveedores y suplidores de Medicare (o el establecimiento de nuevos consultorios) de un determinado tipo en ciertas áreas geográficas.

El artículo *MLN Matters* MM7350, basado en la orden de cambio 7350, describe la manera en que los contratistas de Medicare implementarán los cambios relacionados con exámenes de selección en la inscripción de proveedores, tarifas de solicitud y moratoria temporal. (Suspensiones de pago serán objeto de pautas de CMS por separado).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7350, 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/R371PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 371, CR 7350

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.

Mejoras a PECOS por Internet para facilitar el proceso de revalidación de Medicare a los proveedores

En los próximos meses y años, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) le pedirán a los proveedores que envíen una solicitud de inscripción completa y actualizada. Usted podrá enviar su solicitud vía papel (formulario CMS-855) o electrónicamente a través de PECOS basado en Internet (Provider Enrollment, Chain, and Ownership System). CMS le exhorta que utilice PECOS basado en Internet para responder a la solicitud de revalidación –y para la mayoría de otras actualizaciones que necesiten ser hechas a sus registros de inscripción del proveedor.

Entre ahora y abril de 2012, una mejora en PECOS basado en Internet hará más fácil que usted actualice su información y envíe su aplicación de revalidación. CMS ya ha agilizado el proceso de aplicación con menos pantallas y nuevas instrucciones de gran ayuda para dejarle saber si la información está incompleta. Una vez inscrito en PECOS, usted puede revisar su información existente en línea, hacer cambios, y enviar la aplicación revalidada sin tener que completar la aplicación completa. Usted también puede pagar la tarifa de aplicación (si es aplicable) durante el proceso de envío en línea.

PECOS basado en Internet será mejorado a:

- Permitirle ver todas las aplicaciones de datos en una sola pantalla, reduciendo el ingreso y duplicación de datos
- Permitirle administrar fácilmente y buscar sus aplicaciones de inscripción, como también cargar al sistema múltiples aplicaciones a la vez

Continúa en la página siguiente

Mejoras...(continuación)

- Simplifique el proceso de inscripción para los representativos autorizados
- Eliminar el correo separado de la mayoría de los documentos a través de la descarga digital de documentos al sistema para los documentos de sustento

Utilice PECOS basado en Internet –es más rápido y seguro. Para iniciar la sesión, visite <https://PECOS.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 201110-17

Información importante acerca de la revalidación de inscripción del proveedor de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han reevaluado los requisitos de revalidación de la Affordable Care Act. CMS cree que puede financiar la flexibilidad de extender el período de revalidación por dos años más. Esto permitirá un proceso más fácil para los proveedores y contratistas. Los anuncios de revalidación serán enviados hasta marzo de 2015.

Importante: Esto no afecta a aquellos proveedores que ya han recibido un anuncio de revalidación. Si usted ha recibido un anuncio de revalidación de su contratista, responda completando la aplicación ya sea por medio de PECOS basado en Internet o completando el formulario 855 correspondiente.

El primer set de anuncios de revalidación fue dirigido a los proveedores que no están actualmente en el Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS). Para identificar estos proveedores, los contratistas buscaron en sus sistemas locales y si un Provider Transaction Access Number (PTAN) de un médico no estaba en PECOS, se enviaba a ese médico un pedido de revalidación. CMS pide a todos los proveedores que reciben un pedido de revalidación, responder tal pedido.

Para los proveedores **que no están** en PECOS – la carta de revalidación será enviada a la dirección de pagos especiales o práctica primaria porque CMS no tiene una dirección postal. Para los proveedores dentro de PECOS – la carta de revalidación será enviada simultáneamente a la dirección de pagos especiales y práctica primaria; si estas son la misma,

será enviada por correo a la dirección de práctica primaria. Si usted cree que no está en PECOS y todavía no ha recibido una carta de revalidación, contacte su contratista de Medicare. La información de contacto puede encontrarse en http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/contact_list.pdf.

Los proveedores institucionales (i.e., todos los proveedores excepto médicos, otros proveedores de cuidados de la salud, grupos de práctica de la medicina y grupos de otros profesionales de la salud) deben presentar el pago de la solicitud junto con su revalidación. A mediados de septiembre, CMS revisó la carta de revalidación que los contratistas envían a los proveedores para clarificar quienes deben pagar la tarifa de revalidación.

CMS planea enviar una lista de proveedores a quienes se les pidió revalidar. Se hará un anuncio en por medio de CMS Listserv en el momento en que se envíe esta información. Si usted se ha inscrito en el Listserv de su contratista de Medicare, será notificado por su contratista. Usted puede también inscribirse a un Listserv nacional para su tipo de proveedor en: http://www.CMS.gov/prospmedicarefeesvcpmtdgen/downloads/Provider_Listservs.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 201111-12

Todos los pagos de proveedores y suplidores a Medicare deben ser hechos a través de la transferencia electrónica de fondos

Regulaciones existentes en 42 CFR 424.510(e)(1)(2) requieren que al tiempo de inscripción, una petición de cambio de inscripción o revalidación, proveedores y suplidores deben estar de acuerdo en recibir pagos de Medicare a través de transferencia de fondos electrónica (EFT). La Sección 1104 del ACA amplía aún más la Sección 1862 (a) del Social Security Act ordenando pagos federales a los proveedores y suplidores solamente por medios electrónicos. Como parte de los esfuerzos de revalidación de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), los suplidores y proveedores que no estén actualmente recibiendo pagos EFT serán identificados, y se les requerirá someter el formulario CMS 588 EFT junto con la solicitud de inscripción de proveedor.

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

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

Fuente: CMS PERL 201111-19

Ahora disponible en línea: Lista de proveedores a los cuales se les ha enviado una petición de revalidación

En respuesta a peticiones de los proveedores, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha puesto un listado de proveedores a los cuales se les ha enviado una petición para revalidar su información de inscripción de Medicare. El listado contiene el nombre y el national provider identifier (NPI) de cada proveedor al cual se le envió una carta, así como también la fecha en la cual la carta fue enviada. Para ver el listado, haga clic en "Revalidation Phase 1 Listing" en la sección de descarga del [Medicare provider supplier enrollment revalidation page](#). Nota: Usted debe ampliar cada columna en la hoja de cálculos para ver el contenido. CMS estará actualizando esta lista mensualmente.

Si usted está incluido en la lista, y no ha recibido la petición, favor de contactar a su contratista de Medicare. Su número libre de cargos puede ser encontrado en [Medicare Fee-For-Service Contact Information](#).

Para más información sobre revalidación de la inscripción de proveedores de Medicare, vea el artículo de *MLN* 1126 [Más detalles sobre Revalidación de la Información de Inscripción de Proveedores](#).

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 201111-23

Recordatorio importante de requisitos de acreditación ADI

Número de *MLN Matters*: SE1122

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

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

Puntos sobresalientes

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

Continúa en la página siguiente

Recordatorio...(continuación)

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1122

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

Detalles de revalidación de información de inscripción del proveedor

Número de *MLN Matters*: SE1126 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los proveedores y suplidores inscritos en el programa de Medicare antes del 25 de marzo de 2011, deben revalidar su información de inscripción. Sin embargo, los proveedores afectados deben esperar hasta que sean notificados por su Contratista Administrativo de Medicare (MAC) para presentar la revalidación de la información.

Los proveedores y suplidores inscritos recientemente que presentaron su solicitud de inscripción a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en o después del 25 de marzo de 2011, no están afectados. A partir de hoy hasta el 2015, MAC estará enviando notificaciones de revalidación de manera regular para comenzar el proceso de revalidación para cada proveedor y suplidor. Los proveedores y suplidores deben presentar su solicitud de revalidación únicamente cuando sea requerido por su MAC.

Cuando reciba de su MAC la notificación para revalidar:

- Actualice su inscripción a través del Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) o complete la forma CMS-855 correspondiente
- Firme la declaración de certificación en la solicitud
- Si aplica, pague su tarifa accediendo <https://pecos.cms.hhs.gov/pecos/feePaymentWelcome.do>
- Envíe por correo a su MAC los documentos comprobatorios y la declaración de certificación

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1126

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

Información General

‘Parte 3 de curso basado en Internet de series de servicios preventivos de Medicare’ revisada

La “Parte 3 de curso basado en Internet de series de servicios preventivos de Medicare” (WBT) está diseñada para educar acerca de servicios preventivos cubiertos por Medicare. Incluye información acerca de cobertura de Medicare de exámenes de mamografía, pruebas Papanicolaou, exámenes pélvicos, exámenes de cáncer colorrectal, exámenes de cáncer a la próstata, mediciones de masa ósea y exámenes de glaucoma. Para acceder al WBT, vaya a la página resumen de *Medicare Learning Network*® (MLN) en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo>, luego haga clic en “Web-Based Training (WBT) Courses” en la sección “Related Links Inside 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 201111-14

Tratamiento de inmunoterapia celular autóloga del cáncer metastásico a la próstata

Número de *MLN Matters*: MM7431

Número de petición de cambio relacionado: 7431

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

Fecha de efectividad: 30 de junio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2254CP y R133NCD

Fecha de implementación: 8 de agosto de 2011

Resumen

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7431, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R133NCD.pdf>.

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

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

Pagos de vacuna contra la influenza – actualización anual para la estación 2011-2012

Número de *MLN Matters*: MM7575 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7575
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de septiembre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2345CP
 Fecha de implementación: A más tardar el 27 de enero de 2012

Resumen

Los pagos de vacuna contra la influenza son actualizados anualmente. En fechas de servicio a partir del 1 de septiembre (excepto si el pago está basado en costo razonable), los pagos hechos por Medicare Parte B son los siguientes:

Código de procedimiento	Pago
90655	\$15.705
90656	\$12.375
90657	\$6.653
Q2035	\$11.543
Q2036	\$8.784
Q2037	\$13.652
Q2038	\$13.306

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7575.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7575, 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/R2345CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2345, CR 7575

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.

Nuevo código para la vacuna contra el virus de influenza

Número de *MLN Matters*: MM7580 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7580
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: 9 de mayo de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2337CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

La solicitud de cambio (CR) 7580 implementa la edición del archivo de trabajo común (CWF) e instrucciones institucionales de pago para el código de la vacuna contra el virus de influenza 90654 para reclamaciones con fechas de servicio en o después del 9 de mayo de 2011, procesadas en o después del 2 de abril de 2012.

Los proveedores de Parte B: Efectivo desde fechas de servicio 1 de septiembre de 2011 o después, cuando el pago sea basado en el 95 por ciento del AWP, la concesión de pago de la Parte B de Medicare para *CPT 90654* es \$18.383. Esta información fue publicada en [CR 7575](#), la cual tiene fecha de implementación de 27 de enero de 2012.

Continúa en la página siguiente

Nuevo...(continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7580.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7580, 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/R2337CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2337, CR 7580

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

Cambios al software de ediciones de NCD de laboratorios para enero de 2012

Número de *MLN Matters*: MM7621

Número de petición de cambio relacionado: 7621

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012, excepto un artículo (el cual tiene una fecha efectiva del 1 de octubre de 2011)

Número de transmisión de CR relacionado: R2344CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la orden de cambio (CR) 7621 que anuncia los cambios que serán incluidos en la publicación de enero de 2012 del módulo de edición de Medicare para determinaciones nacionales de cobertura de laboratorio de diagnóstico clínico.

La mayoría de estos cambios estarán vigentes para

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

fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012.

Hay códigos ICD-9-CM agregados a la NCD de Prothrombin Time (PT) (190.17) NCD a partir del 1 de octubre de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7621.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7621, 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/R2344CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2344, CR 7621

Campos adicionales para cartas ADR

Número de *MLN Matters*: MM7254 – Revisado

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 el 1 de abril de 2012, para los proveedores que facturan a los DME MAC

Número de transmisión de CR relacionado: R958OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012, excepto el 2 de abril de 2012, para los DME MAC

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.

Continúa en la página siguiente

Campos...(continuación)

Información adicional

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

Ahora disponible – ‘Immunizers’ Question & Answer Guide to Medicare Part B and Medicaid Coverage of Seasonal Influenza and Pneumococcal Vaccinations’

La guía *2011-2012 Immunizers’ Question & Answer Guide to Medicare Part B & Medicaid Coverage of Seasonal Influenza and Pneumococcal Vaccinations* ahora está disponible en la sección de inmunizaciones en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.CMS.gov/immunizations>. La página de inmunizaciones de CMS presenta un *mini-poster* que le recuerda a todos que la vacuna contra la gripe está cubierta para los beneficiarios de Medicare y para los niños elegibles para Medicaid y CHIP.

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 201110-21

Nueva publicación de podcast sobre evitar errores de facturación de Medicare

El *MLN* ha publicado el próximo en un serie de podcasts diseñados para proveer educación sobre cómo evitar errores comunes de facturación y otras actividades impropias cuando se está tratando con el programa de Medicare. *“Positive Airway Pressure (PAP) Devices: Complying with Documentation & Coverage Requirements”* toca el tema de los requisitos de documentación y cobertura necesaria para enviar reclamaciones de Medicare por dispositivos PAP.

Visite la página Web de *MLN Multimedia* para descargar este y otros podcasts del *MLN*. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) también le exhortan a visitar la página Web de *MLN Provider Compliance* para los últimos productos educativos diseñados a ayudar a entender a los proveedores de servicio a tarifa (FFS) de Medicare –y evitar– los errores comunes de facturación y otras actividades impropias identificadas a través de los programas de revisión de reclamación. Manténgase atento a los próximos podcasts de *MLN*.

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 201110-22

Revisado el boletín ‘April 2011 Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter’

La edición de abril de 2011 del *Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter*, disponible en http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyComp_Newsletter_ICN903696.pdf, ha sido revisada para enmendar un ingreso en la sección “Recovery Audit Finding: Untimed Codes – Excessive Units” bajo “Guidance on How Providers Can Avoid These Problems” en la página 10. El resto de la información permanece igual. Esta herramienta educativa es emitida en una base trimestral y diseñada para proveer educación sobre cómo evitar los errores comunes de facturación y otras actividades erróneas cuando se trata con el programa de Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201110-22

Conéctese al Medicare Learning Network®

¿Desea mantenerse informado sobre las últimas noticias y productos y servicios revisados del MLN? Suscríbase a la lista de correo electrónico de productos educacionales del MLN. Para más información sobre MLN y cómo inscribirse para este servicio, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MLNProducts_listserv.pdf y comience a recibir las 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 201110-22

Disponible en formato para descargar y en formato impreso: ‘Tobacco-Use Cessation Counseling Services Brochure’

El MLN desea recordarles que la publicación Tobacco-Use Cessation Counseling Services, la cual está diseñada para proveer educación sobre los servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco, está ahora disponible en formato para descargar y en formato impreso. Para ordenar una versión impresa, 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 201110-22

Actualizaciones del Medicare Learning Network®

Curso instructivo revisado basado en la Internet: Medicare Preventive Services Series Part 1

Este curso basado en la Internet (WBT) está destinado a educar acerca de servicios preventivos cubiertos por Medicare. Incluye información sobre cobertura de Medicare para influenza estacional, neumococos y vacuna contra hepatitis B. Para acceder el WBT, visite la página MLN® Overview en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo> y haga clic en “Web-Based Training (WBT) Courses” en la sección “Related Links Inside CMS”.

Documento Bone Mass Measurements disponible en formato descargable y papel impreso

MLN® le recuerda que la publicación “Bone Mass Measurements” destinada a educar acerca de los beneficios de mediciones de masa ósea, métodos de mediciones de los huesos (densidad ósea), información de cobertura y factores de riesgo, está disponible en formato descargable de Internet y en papel impreso. Para ordenar la versión impresa, visite la página MLN® General Information Web en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo/>, vaya a “Related Links Inside CMS,” y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

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

Fuente: CMS PERL 201110-30

Ha sido entregado el curso instructivo basado en Internet sobre disposiciones sobre Medicare como pagador secundario

El curso instructivo basado en la Internet (WBT), disposiciones sobre Medicare como pagador secundario (MSP) está diseñado para educar sobre cuándo Medicare debe ser o no ser pagado primero. Incluye un resumen de las disposiciones de MSP, situaciones comunes de pago, pagos condicionales de Medicare y el papel del contratista en la coordinación de beneficios. Para acceder el WBT, visite la página de resumen de MLN® en <http://www.CMS.gov/MLNGenInfo> y haga clic en “Web-Based Training (WBT) Courses” en la sección “Related Links Inside 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 201110-30

La versión 2011 de ABN debe ser usada a partir del 1 de enero de 2012

En mayo de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron una versión actualizada de de notificación de no cobertura al beneficiario (ABN) (formulario CMS-R-131), el que reemplaza la versión 2008 de este formulario. La versión 2011 no contiene cambios relevantes de la versión 2008 y ha sido aprobada por Office of Management and Budget. Las notificaciones ABN de 2008 y 2011 ABN son idénticas, excepto que la fecha de publicación “3/11” está impresa en la esquina inferior izquierda de la nueva versión. La ABN es utilizada por todos los proveedores, practicantes y suplidores pagados bajo Medicare Parte B, así como los proveedores de servicios paliativos e instituciones religiosas no médicas (RNHCI) pagadas exclusivamente bajo Parte A.

Al momento en que la ABN 2011 fue puesta en el sitio Web de CMS, el lunes 16 de mayo, CMS anunció el jueves 1 de septiembre como fecha de uso obligatorio, permitiendo a los proveedores y suplidores comenzar inmediatamente a utilizar el formulario. Posteriormente, hemos recibido solicitudes e la industria de extender este plazo con la finalidad de permitir a los proveedores y suplidores con provisiones acumuladas de ABN pre-impresas, el tiempo suficiente para agotar sus insumos.

Los proveedores y suplidores están autorizados a utilizar ya sea la versión 2008 o la 2011 de la notificación anticipada de no cobertura al beneficiario (ABN) hasta el final de este año; a partir del domingo 1 de enero de 2012, deben comenzare a utilizar la versión 2011. Las ABN emitidas después del domingo 1 de enero, que estén completadas utilizando la versión 2008 de la notificación, serán consideradas no válidas por los contratistas de Medicare. Las versiones 2008 de ABN emitidas antes del domingo 1 de enero, como repetición de servicios a largo plazo provistos hasta por un año, conservarán su vigencia por el plazo especificado en la notificación.

Información y copias de la versión 2011 de ABN (formulario CMS-R-131), puede encontrarse en línea en <http://www.CMS.gov/BNI>, bajo el enlace “FFS Revised ABN”.

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 201110-31

Comienzan el 1 de enero de 2012 los ajustes de pago de prescripción electrónica de Medicare

Comenzando el domingo, 1 de enero de 2012, los profesionales elegibles que no han cumplido satisfactoriamente los requisitos del programa de incentivo eRx (o, alternativamente, calificar para una excepción por dificultades significantes) estarán sujetos al ajuste de pago 2012 eRx. El ajuste reducirá los índices de pago de Medicare al 1 por ciento de los cargos permitidos de Medicare Parte B a los proveedores.

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); y
2. Proveer información de identificación de tecnología EHR certificada (tal cómo 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

Continúa en la página siguiente

Comienzan...(continuación)

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 aun 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, aun 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 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 201110-33

Actualizaciones sobre la inscripción en los programas de incentivo EHR

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean recordarles a los profesionales elegibles (EP), hospitales elegibles, y los hospitales de acceso crítico (CAH) de las fechas clave de inscripción para los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR), y proveer información para ayudarles a inscribirse satisfactoriamente y comenzar su camino al pago para el año 2011.

Detalles de inscripción importantes para Medicare y Medicaid

- **Medicare – Miércoles, 30 de noviembre de 2011** –último día para que se inscriban los hospitales elegibles y los CAH y atesten para recibir un pago de incentivo para el año fiscal (FY) 2011.
- **Medicare – Miércoles, 29 de febrero de 2012** –último día para que los EP se inscriban y atesten para recibir un pago de incentivo para el año calendario (CY) 2011.
- **Medicaid** – cada estado puede tener diferentes fechas límites para atestar. Favor de verificar con su [state Medicaid agency](#) para saber cuál es el último día que puede atestar.

¿Cuándo deben inscribirse los proveedores?

CMS exhorta a los proveedores a inscribirse en los programas de incentivo EHR de Medicare y/o Medicaid tan pronto como sea posible para evitar retrasos en el pago. Note que no todos los estados han lanzado todavía un programa de incentivo EHR de Medicaid; los proveedores no podrán completar su inscripción para el programa de incentivo EHR de Medicaid hasta que comience su programa estatal y que el sitio Web de ese estado haya abierto. Los proveedores deben revisar el status de su estado.

Nota: Los proveedores pueden inscribirse antes de que tengan un EHR certificado y también pueden inscribirse si no tienen un registro de inscripción en el Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) basado en Internet.

Recursos de inscripción

CMS tiene varios recursos para ayudar a los proveedores a inscribirse satisfactoriamente en los programas de incentivo EHR:

- Directrices de inscripción paso a paso, disponibles en la [página Registration](#) de EHR de CMS

Continúa en la página siguiente

Actualizaciones...(continuación)

- Varias FAQ sobre inscripción en el sitio Web de los programas de incentivo EHR
- Los webinar en YouTube ayudan a los proveedores en el proceso de inscripción –uno para los [EP](#) y uno para los hospitales

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR? Asegúrese de visitar el sitio Web de CMS [EHR incentive programs](#) para enterarse de las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo EHR.

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 201110-52

Recursos ABN provenientes de Medicare Learning Network®

[Items and Services That Are Not Covered Under the Medicare Program booklet \(ICN 906765\)](#) – este folleto, disponible en formato descargable, incluye información sobre las cuatro categorías de ítems y servicios que no tienen cobertura bajo el programa Medicare y excepciones aplicables a exclusiones y notificación anticipada al beneficiario acerca de falta de cobertura (ABN).

[Advance Beneficiary Notice of Noncoverage Part A and Part B booklet \(ICN 006266\)](#) – este folleto, disponible en formato descargable y en papel impreso, está dedicado a educar acerca de ABN. Incluye información de cuándo debe ser utilizada un ABN y cómo debe ser completada.

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 201110-53

Nuevas hojas informativas de MLN acerca de ‘Medicare Shared Savings Program’

[Accountable Care Organizations: What Providers Need to Know fact sheet](#), ICN 907406 – esta hoja informativa descargable está diseñada para educar acerca de Accountable Care Organizations (ACO) bajo el Medicare Shared Savings Program. Incluye una definición de ACO e información acerca de la manera de participar en un ACO, el modo en que funcionan los ahorros compartidos, la manera en que este programa se relaciona con otras iniciativas de calidad y el modo en que ACO ayudan a los médicos a coordinar los cuidados de la salud.

[Improving Quality of Care for Medicare Patients: Accountable Care Organizations fact sheet](#), ICN 907407 – esta hoja informativa descargable está diseñada para educar acerca de la mejora de la calidad de los cuidados médicos bajo ACO. Incluye una tabla de mediciones de calidad bajo el programa.

[Advance Payment Accountable Care Organization \(ACO\) Model fact sheet](#), ICN 907403 – esta hoja informativa descargable está diseñada para educar acerca del modelo de pago anticipado de ACO. Incluye un resumen de del modelo de pago anticipado de ACO, antecedentes e información sobre la estructura de pagos, recuperación de pagos anticipados, elegibilidad y el proceso de postulación.

[Medicare Shared Savings Program and Rural Providers fact sheet](#), ICN 907408 – esta hoja informativa descargable está diseñada para educar acerca de cómo impacta a los proveedores rurales el Medicare Shared Savings Program. Incluye información sobre centros de salud calificados federalmente, clínicas rurales de salud, hospitales de urgencia y cómo son afectados por este programa.

[Summary of Final Rule Provisions for Accountable Care Organizations under the Medicare Shared Savings Program fact sheet](#), ICN 907404 – esta hoja informativa descargable está diseñada para educar acerca de las disposiciones de la regla final que implementa el Medicare Shared Savings Program con ACO. Incluye antecedentes, información sobre la manera en que las ACO impactan a los beneficiarios, requisitos de elegibilidad para formar un ACO e información sobre monitoreo y mejor cuidado de la salud unido a menor costo.

[Methodology for Determining Shared Savings and Losses under the Medicare Shared Savings Program fact sheet](#), ICN 907405 – esta hoja informativa descargable está diseñada para educar acerca de la metodología utilizada para determinar ahorros compartidos y pérdidas bajo el Medicare Shared Savings Program. Incluye una

Continúa en la página siguiente

Nuevas...(continuación)

síntesis del programa, una descripción de los dos caminos que pueden elegir los proveedores y una descripción de cómo Medicare determina los ahorros compartidos o pérdidas.

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 201111-03

Están disponibles los podcasts de las teleconferencias nacionales IPPE y AWV del 21 de julio

¿Limitaciones de tiempo? los Podcasts son perfectos para la oficina, el automóvil o cualquier lugar donde usted tenga un dispositivo de transmisión portátil o un smartphone.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han publicado los dos podcasts siguientes de la teleconferencia nacional del proveedor del jueves 21 de julio: “The ABCs of the Initial Preventive Physical Examination (IPPE) y Annual Wellness Visit (AWV)”:

- Podcast 1 de 2: Bienvenida y síntesis de IPPE
- Podcast 2 de 2: AWV

Los podcasts están disponibles en <http://www.CMS.gov/MLNProducts/MLM/itemdetail.asp?itemID=CMS1249934>. Los audios de los dos podcasts con sus transcripciones correspondientes, así como el audio y la transcripción completa de la teleconferencia pueden ser accedidos yendo a la sección “Downloads” al final de la página.

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 201111-09

Ha sido publicado el ‘Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter’

Ha sido publicado el *October 2011 “Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter [Volume 2, Issue 1]” (ICN 907163)*. Esta herramienta educativa está diseñada para educar acerca de la manera de evitar errores de facturación comunes y otras actividades equivocadas cuando se trata con el programa Medicare. Destaca los temas más importantes de un trimestre en particular. Usted también puede ir a http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyCompNL_Archive.pdf para descargar, imprimir y buscar “newsletters” de trimestres anteriores.

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 201111-14

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.

Noviembre es el Mes Nacional de la Diabetes y el Mes de Enfermedad del Ojo por la Diabetes

Únase a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) este noviembre durante el Mes Nacional de la Diabetes y el Mes de Enfermedad del Ojo por la Diabetes en creando conciencia sobre la diabetes y la enfermedad del ojo por la diabetes, la importancia de la detección temprana de la enfermedad, y los servicios preventivos de salud cubiertos por Medicare.

La diabetes puede causar severas complicaciones tales como enfermedad del corazón, infartos, pérdida de la visión, enfermedad del riñón, daño del nervio, amputaciones entre otros, y es un factor de riesgo significativo para desarrollar glaucoma. Las personas con diabetes están más susceptibles a muchas otras enfermedades tales como neumonía e influenza y son más propensas a morir de estas enfermedades que las personas que no tienen diabetes. Entre los residentes de los Estados Unidos de 65 años de edad o más, 10.9 millones (o 26.9 por ciento) tenían diabetes en el 2010. Actualmente, 3.6 millones de americanos de 40 años de edad en adelante sufren de enfermedad del ojo debido a la diabetes. La educación y la detección temprana son componentes mayores para combatir esta enfermedad.

¿Qué puede hacer usted?

Ayude a proteger la salud de los pacientes cubiertos con Medicare al informarles que Medicare cubre varios servicios preventivos relacionados a la diabetes para los beneficiarios elegibles incluyendo pruebas de detección de la diabetes, adiestramiento del automanejo de la diabetes, terapia de nutrición médica, suministros para la diabetes, examen de detección de glaucoma, y vacunaciones para neumonía e influenza. Aconséjeles que la detección temprana y tratamiento de la diabetes previenen

o retrasan muchas enfermedades asociadas y complicaciones. Exhorte la utilización de estos servicios preventivos importantes como sea apropiado. Y recuerde, muchos de estos servicios requieren una orden o referido para la cobertura de Medicare. Favor de asegurarse de proveer a sus pacientes de Medicare con la documentación apropiada para que puedan recibir los servicios necesarios para ayudar a prevenir, tratar, y controlar la enfermedad.

Para más información:

- [The Guide to Medicare Preventive Services \(see Chapter 6\)](#)
- [Medicare Preventive Services Quick Reference Information Chart](#)
- [Diabetes-Related Services Fact Sheet](#)
- [The Glaucoma Screening Brochure](#)
- [Medicare.gov – Diabetes Screening, Supplies and Self Management Training website](#)
- [National Diabetes Fact Sheet, 2011](#)
- [National Diabetes Education Program \(NDEP\) Healthcare Professionals website](#)

Gracias por unirse a CMS para ayudar a incrementar el alerta y educar sobre la diabetes y enfermedad del ojo debido a la diabetes, y los servicios de salud relacionados a la diabetes ahora 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 201111-24

Ahora disponible la hoja informativa ‘Medicare Claim Submission Guidelines’

La nueva hoja informativa [Medicare Claim Submission Guidelines](#) ahora está disponible en formato para descargar. Incluye información sobre la solicitud de un identificador nacional del proveedor (National Provider Identifier) e inscripción en el programa de Medicare, enviar reclamaciones de Medicare, y contratos privados con los beneficiarios de Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201110-22

Proyecto piloto de presentación electrónica de documentación médica

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

Resumen

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

suplidores, debe obtenerse acceso a un portal compatible con CONNECT.

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

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1110

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

Recordatorio – Costos compartidos para beneficiarios de servicios preventivos cubiertos por Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1129
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

Efectivo desde o después de las fechas de servicio (date of service, DOS) del 1 de enero del 2011, Medicare está proveyendo 100 por ciento del pago (i.e., eliminando cualquier deducible, coaseguro o copago) para muchos de los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo:

- Examen físico inicial de cuidado preventivo (IPPE o “Visita de bienvenida a Medicare”);
- Visita anual de bienestar (AWV); y
- Esos servicios preventivos que:
 - Son identificados con grado A o B por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF) para cualquier indicación o población; y
 - Son apropiados para el beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1129.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1129

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.

Recursos de influenza estacional para profesionales de la salud 2011-2012

Número de *MLN Matters*: SE1136

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El Centers for Disease Control (CDC) recomienda una vacunación anual como el primer y más importante paso para protegerse contra los virus del resfrío. Medicare paga la vacuna contra el resfrío y su administración a beneficiarios de Medicare sin copago ni deducible.

- Aproveche cada visita en el consultorio como una oportunidad para animar a sus pacientes a protegerse contra el resfrío estacional y serias complicaciones por medio de vacunarse contra el resfrío estacional.
- Continúe vacunando contra el resfrío estacional mientras tenga vacuna disponible, aún después de año nuevo.
- No olvide inmunizarse usted mismo y su personal.

CMS ha desarrollado una variedad de recursos educacionales para ayudar a los profesionales de la salud a tarifa fija de Medicare, a entender acerca de cobertura, codificación, facturación y pautas de reembolso para vacunas contra el resfrío y su administración.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1136.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1136

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

Enero de 2012

Medicare Parte A: Cambios en Medicare y regulaciones

Cuando: 10 de enero de 2012

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

Medicare Parte B: Cambios en Medicare y regulaciones

Cuando: 11 de enero de 2012

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

Servicios de terapia física y el uso del modificador KX

Cuando: 24 de enero de 2012

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

Cobertura y facturación de comprehensive outpatient rehabilitation (CORF) y outpatient rehabilitation facility (ORF)

Cuando: 26 de enero de 2012

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

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.

ESRD

Cambios a las políticas de pagos de ESRD PPS fuera de lo común y requisitos de facturación consolidada de servicios de laboratorio provistos en ER

Número de *MLN Matters*: MM7471
 Número de petición de cambio relacionado: 7471
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2281CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7471, que provee revisiones a los servicios fuera de lo común del sistema de pagos prospectivos (PPS) de enfermedades renales en su estado terminal (ESRD) y una omisión de facturación consolidada de servicios de laboratorio facturados en servicios de sala de emergencia.

Para el año calendario (CY) 2012, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están haciendo los cambios siguientes a los procedimientos de servicios fuera de lo común de ESRD PPS:

1. Eliminar la lista de medicamentos-específicos de Parte B para permitir que todas las tasas no-combinadas de medicinas relacionadas con ESRD con HCPCS y tasa de precios promedio de venta (ASP) sean elegibles para pagos fuera de lo común; y
2. Eliminar, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de que los hospitales adjunten un modificador AY a las pruebas de laboratorio que son cobradas como parte de una atención a un departamento o sala de emergencia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7471.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7471, 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/R2281CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2281, CR 7471

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.

Clarificaciones y revisiones de reclamaciones presentadas por pacientes de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM7593
 Número de petición de cambio relacionado: 7593
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: Efectivo el 1 de enero de 2012, y el 1 de abril de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R595OTN
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7593, que incluye varias revisiones y clarificaciones con respecto a instrucciones publicadas para el sistema de pagos prospectivos por enfermedad renal en su estado terminal (ESRD PPS) y el programa de incentivo de calidad de ESRD (ESRD QIP).

Estas clarificaciones y revisiones incluyen:

Continúa en la página siguiente

Clarificaciones...(Continuación)

1. Una clarificación del comienzo del ajuste de diálisis para reclamaciones ESRD,
2. Una revisión a las reclamaciones de ESRD que reportan el medicamento Vancomycin,
3. Una revisión de hospitales que reportan emergencias relacionadas con servicios de laboratorio,
4. Una clarificación de reclamaciones de ESRD que reportan el valor Kt/V, y
5. Una revisión de los requisitos de reclamaciones de ESRD para reportar lecturas de hematócritos y hemoglobina para todos los pacientes de ESRD.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7593.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7593, 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/R2335CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2335, CR 7593

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.

Implementación de los cambios en pagos de ESRD durante el CY 2012

Número de *MLN Matters*: MM7617

Número de petición de cambio relacionado: 7617

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R149BP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la orden de cambio (CR) 7617, que informa a los contratistas de Medicare acerca de los cambios necesarios para los pagos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD), durante el año calendario (CY) 2012.

CR 7617 implementa:

- El segundo de los cuatro años de transición del sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD;
- La actualización de las tasas del CY 2012 para la porción de tasa compuesta de la cantidad de pago combinada y la tasa de ESRD PPS; y
- Los cambios de políticas fuera de lo común y requisitos de facturación consolidada bajo ESRD PPS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7617.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7617, 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/R149BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 149, CR 7617

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

Cambios menores en la facturación de establecimientos de ESRD a partir del 1 de enero de 2012

Para las reclamaciones presentadas a partir del domingo 1 de enero de 2012, los establecimientos de atención de enfermedad renal en su estado terminal (ESRD) no tendrán que continuar reportando los modificadores V8 y V9 que indican la presencia o falta de presencia de una infección. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) obtendrán esta información por medios diferentes al registro de reclamación. Los contratistas han sido notificados del cambio en este requisito del reporte.

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 201111-17

Facturación

Pagos a partir del CY 2012 a agencias de cuidados de la salud que no presentan los datos de calidad requeridos

Número de *MLN Matters*: MM7459
 Número de petición de cambio relacionado: 7459
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2011
 Fecha de efectividad: 3 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: 2249CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7459 que revisa las instrucciones con respecto a datos de calidad de agencias de cuidados de la salud a domicilio (HHA), para incluir el reporte de la evaluación de del consumidor de cuidados de salud a domicilio del proveedor de la salud y datos del sistema (HHCAHPS). La adición de datos HHCAHPS a los requisitos de reporte, agregan información de satisfacción del consumidor a las bases de datos de

los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y mejoran la información disponible al público vía sitio Web HH Compare. Este reporte viene bajo la autoridad de pago-por-reporte creada por la Deficit Reduction Act en 2005 y el procedimiento fue finalizado en la regulación final de 2010 de HH PPS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7459.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7459, emitida por su contratista de la Parte B, F1, 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/R2249CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2249, CR 7459

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.

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

Continúa en la página siguiente

Procedimientos...(Continuación)

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/MLNMattersArticles/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.

Facturación de servicios por complicaciones en los donantes después de trasplante renal

Número de *MLN Matters*: MM7523 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7523
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012 para las reclamaciones que procesa, pero política efectiva el 28 de noviembre de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R148BP y R2334CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7523 no da a conocer alguna póliza nueva o modificada; sin embargo, si da a conocer un lenguaje clarificativo para dos manuales de Medicare. Esta clarificación es provista para asegurar la consistencia a través de todos los contratistas de Medicare al procesar reclamos de donantes por complicaciones después de trasplante renal.

La Sección 140.9 del Capítulo 11 del *Medicare Benefit Policy Manual* está siendo actualizada para mostrar

lo siguiente: El donante de órgano para trasplante para Medicare está cubierto por un número ilimitado de días de cuidado en relación con la operación para remover el órgano. Los días de hospitalización usados por el donante en relación con la operación para remover el órgano no deben ser cargados contra ninguno de los archivos de las partes utilizadas. En adición, CR 7523 está añadiendo lenguaje a la Sección 90.1.3 del Capítulo 3 del *Medicare Claims Processing Manual*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7523.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7523, 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/R2334CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2334, CR 7523

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.

Continuación del artículo de portada...(Continuación)

que reciba los servicios del cuidado primario. Center for Medicare and Medicaid Innovation (Innovation Center) de CMS y Health Resources Services Administration (HRSA) proveerán asistencia técnica para ayudar a los centros de salud comunitarios participantes a través de la demostración.

“Las lecciones aprendidas de este proyecto de demostración ayudarán a todos los centros de salud comunitarios a mejorar en su compromiso firme de proveer atención médica primaria de alta calidad y centrada en el paciente”, dijo Mary K. Wakefield, PhD., R.N, Administradora de Health Resources and Services Administration (HRSA). “Este programa ayudará a fortalecer la relación entre más de 8,100 sitios de centro de salud HRSA, los fondos de ayuda y a las comunidades que ellos sirven”.

Para estudiar el proceso y los retos envueltos en la transformación de los centros de salud comunitarios en prácticas avanzadas de la atención médica primaria, el Innovation Center llevará a cabo una evaluación independiente de la demostración. La evaluación busca medir el impacto del proyecto sobre los índices de admisión de hospital, los índices de visitas al departamento de emergencia, acceso, calidad y costo del cuidado provisto a los beneficiarios de Medicare. La evaluación también pretende determinar si la demostración fue costo efectiva.

Esta demostración de práctica avanzada de la atención médica primaria es operada por Innovation Center en asociación con HRSA. Es una de muchas iniciativas hechas posible por el Affordable Care Act para ayudar a traer una mejor salud y mejor atención médica, no solamente a los beneficiarios de Medicare, sino a todos los americanos, mientras se ayuda a utilizar los dólares de la atención médica con más sabiduría.

Por ejemplo, la iniciativa HRSA Health Center Quality Improvement and Patient Centered Medical Home Supplemental Funding está proveyendo a 904 centros de salud comunitarios en toda la nación un nuevo sustento para proveer servicios de coordinación médica a pacientes incluyendo planeación de la atención médica y esfuerzos para ayudar a los doctores a trabajar juntos para ofrecer un mejor cuidado a los pacientes.

Los centros de salud mejorar la salud de la nación y aseguran el acceso a los servicios de la atención médica primaria de calidad a más de 8,100 sitios que ofrecen servicio en todo el país. También son una fuente integral de empleo local y crecimiento económico en muchas comunidades de bajos ingresos y marginadas. Desde el comienzo de 2009, los centros de salud en todo el país han añadido más de 18,600 nuevas posiciones a tiempo completo en muchas de las comunidades de la nación mayormente afectadas económicamente. En el 2010, emplearon a más de 131,000 personas, y nuevos fondos hechos disponibles por el Affordable Care Act en septiembre, ayudarán a crear miles de trabajos en toda la nación.

Para más información sobre cómo el Affordable Care Act encuentra mejores formas de mejorar la atención médica, visite <http://www.healthcare.gov/>.

Más información sobre el proyecto de demostración de práctica avanzada de la atención médica primaria, incluyendo una hoja informativa, y una lista de los centros de salud participantes puede encontrarse en: <http://innovations.cms.gov/areas-of-focus/seamless-and-coordinated-care-models/fqhc/>.

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 201110-37

Facturación correcta del proveedor para ‘admission date’ y ‘statement covers period’

Número de *MLN Matters*: SE1117

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

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

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

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

Continúa en la página siguiente

Facturación...(Continuación)

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1117

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

Hospital

Actualización de códigos de diagnóstico para agregar pagos para el factor de coagulación de sangre administrado a pacientes hemofílicos

Número de *MLN Matters*: MM7553

Número de petición de cambio relacionado: 7553

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2332CP

Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7553 que actualiza los códigos de diagnóstico requeridos para permitir pagos agregados bajo el sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) para el factor de coagulación de sangre administrado a pacientes hemofílicos.

CR 7553 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 3 (Inpatient Hospital Billing, Sección 20.7.3 (pagos para el factor de coagulación de sangre administrado a pacientes hemofílicos hospitalizados) con los cambios de código de diagnóstico siguientes para permitir pagos agregados bajo IPPS. Agregados:

- A partir del 1 de octubre de 2011 – 286.52, 286.53, 286.59
- A partir del 1 de octubre de 2013 – D6831

Eliminado:

- A partir del 30 de septiembre de 2011 – 286.5

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7553.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7553, 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/R2332CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2332, CR 7553

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.

Pago de cirugías múltiples en un hospital de urgencia de método II

Número de *MLN Matters*: MM7587
 Número de petición de cambio relacionado: 7587
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2333CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7587 que implementa la política de reducción de pago de procedimiento múltiple para proveedores de hospitales de urgencia (CAH) método II. CR 7587 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulo 4, Sección 250). CR 7587 es para propósitos de clarificación solamente y no presenta ningún cambio de política.

Medicare utiliza indicadores de políticas de pago en el catálogo tarifas fijas de médicos de Medicare (MPFS) para determinar si un procedimiento múltiple está autorizado para un código específico de Healthcare Common Procedure Coding System/*Current*

Procedural Terminology (HCPCS/CPT).
 Cuando se aplican las metodologías de pago de cirugía múltiple y/o endoscopía especial, el aviso de remesa contendrá:

- Código 59 de motivo de ajuste de reclamación – “Procesado en base a reglas de procedimiento concurrente o múltiple” y
- Código de grupo “CO” de obligación contractual.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7587.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7587, 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/R2333CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2333, CR 7587

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 de PPS PC Pricer de paciente hospitalizado para el año fiscal 2012

El sistema PC Pricer de pagos prospectivos de paciente hospitalizado (INP PPS) para el año fiscal (FY) 2012, ha sido actualizado en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Si usted utiliza FY 2012 INP PPS PC Pricer, vaya a la página Web de CMS en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargue la última versión de FY 2012 PC Pricer. Este PC Pricer es para reclamaciones desde el 1 de octubre de 2011 al 30 de septiembre de 2012. La fecha de actualización es el 8 de noviembre de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201111-06

Requisitos para servicios rutinarios ofrecidos por hospitales bajo acuerdo

El 18 de agosto de 2011, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron la regla final para el sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS) del año fiscal (FY) 2012. La regla final incluye una disposición limitando las circunstancias bajo las cuales los hospitales pueden proporcionar servicios “bajo acuerdo”. Bajo la póliza revisada, servicios terapéuticos y de diagnósticos son los únicos que pueden ser provistos fuera del hospital bajo acuerdo; “servicios rutinarios” (por ejemplo, servicios de cama, hospedaje y enfermería) deben ser provistos por el hospital. Bajo la póliza, servicios rutinarios provistos en el hospital para pacientes internos son considerados como provistos por el hospital. Si los servicios son provistos fuera del hospital son considerados como provistos bajo acuerdo.

CMS reconoce que los hospitales podrían necesitar más tiempo para reestructurar acuerdos existentes y establecer protocolos operacionales necesarios para cumplir con el requisito de que solo servicios terapéuticos y de diagnósticos pueden ser provistos fuera del hospital bajo acuerdo y que los “servicios rutinarios” tienen que ser provistos por el hospital. CMS espera que durante el FY 2012, los hospitales estén trabajando para cumplir con los nuevos requerimientos. CMS continuará trabajando con estos hospitales para comunicar los requerimientos de esta disposición y para proveer dirección. Para el comienzo del FY 2013, todos los hospitales ya tendrán que estar en cumplimiento con esta disposición.

Fuente: TDL 12038

Pagos Prospectivos

Actualización de los archivos trimestrales específicos del proveedor de octubre de 2011

Los archivos trimestrales específicos del proveedor SAS de octubre de 2011 y los archivos de datos de texto están disponibles. Estos archivos están ahora disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Los archivos de datos SAS están disponibles en http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp en la sección de Downloads. Los archivos de datos de texto están disponibles en http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp en la sección de Downloads. Una nueva versión de los archivos de texto ha sido añadida con el nombre e información de dirección al final del registro.

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 20110-25

Actualización del archivo del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio CY 2011 Pricer

La página Web del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) Pricer fue actualizada recientemente para incluir la actualización de octubre de 2011 para los datos del proveedor de servicios ambulatorios. Los usuarios ahora pueden acceder la actualización de los datos del proveedor de octubre en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp> al seleccionar 2011, y luego descargar "4th Quarter 2011 Files" de la página Web de OPPS Pricer.

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

Fuente: CMS PERL 201110-42

CMS finaliza los cambios de pago de cuidados de la salud a domicilio de Medicare de 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) dictaron una regla final para actualizar las tasas del sistema de pagos prospectivos de salud a domicilio (HH PPS) para el año calendario (CY) 2012. Se estima que los pagos a agencias de salud a domicilio (HHA) van a disminuir aproximadamente el 2.31 por ciento o \$430 millones de dólares en el CY 2012, el efecto neto de la actualización de pago de 1.4 por ciento, actualización del índice de salarios y el ajuste de códigos de casos-combinados.

Esta regla final refleja los esfuerzos constantes de CMS de apoyar el acceso de los beneficiarios de Medicare a servicios de salud a domicilio al mismo tiempo que se mejora la exactitud del pago.

El Affordable Care Act aplica un porcentaje de reducción de 1 punto porcentual al monto de la canasta del mercado de atención de salud a domicilio del CY 2012. Debido a que la canasta del mercado del CY 2012 es igual a 2.4 por ciento, la actualización de pago para HHA será de 1.4 por ciento en el CY 2012.

CMS ha reducido también las tasas de HH PPS en CY 2012 para contabilizar el crecimiento adicional de casos-combinados que no están relacionados con los cambios de estado de salud de los pacientes. CMS ha finalizado un 3.79 por ciento de reducción de las tasas de servicios de salud a domicilio PPS para el CY 2012 y una reducción adicional de 1.32 por ciento para el CY 2013.

Esta regla también finaliza los cambios estructurales al HH PPS eliminando dos códigos de hipertensión del sistema de casos-combinados, bajando los pagos para los episodios de alta terapia y recalibrando el peso de los casos-combinados de HH PPS para asegurar que estos cambios den por resultado la misma cantidad de pagos de total agregado. Estos cambios están destinados a incrementar la exactitud del pago y reducir el aumento de casos-combinados agregados que no están relacionados con los cambios de estado de salud de los pacientes.

La regla final fue publicada el 31 de octubre de 2011 en el *Federal Register*. La regla puede ser encontrada en: http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-28416_PI.pdf.

Se puede encontrar más información acerca de HH PPS en: <http://www.cms.gov/HomeHealthPPS/>.

Para leer el comunicado de prensa completo de CMS del 31 de octubre de 2011, haga clic aquí: <http://www.cms.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4142>.

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 201110-58

Medicare finaliza las disposiciones del sistema de pagos prospectivos de ESRD (CMS-1577-F)

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han dictado una regla final que actualizará las políticas y tasas de pago de Medicare para establecimientos de diálisis, fortaleciendo al mismo tiempo los incentivos para la mejor calidad de la atención médica y mejores resultados para los beneficiarios con diagnóstico de enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Estas disposiciones afectarán pagos de tratamientos de diálisis provistos a partir del 1 de enero de 2012 bajo el nuevo conjunto de disposiciones del sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD implementado durante el año calendario (CY) 2011.

CMS está proyectando que las tasas de pago de tratamiento de diálisis incrementarán el 2.1 por ciento, representando un incremento inflacionario proyectado (o canasta del mercado de ESRD) del 3.0 por ciento, menos una proyección de ajuste de productividad de 0.9 por ciento. CMS estima que los pagos a establecimientos de ESRD totalizarán \$8.3 billones de dólares en 2012.

CMS está también finalizando el programa de incentivo de calidad (QIP) que ajustará las tasas de pago a establecimientos individuales en base a lo bien que cumplen los estándares de ejecución especificados. Para más información, refiérase a [end-stage renal disease \(ESRD\) quality initiative](#).

Esta regla también finaliza las disposiciones que no están relacionadas a ESRD PPS y QIP. Esto incluye la propuesta de una extensión de un año del incremento de ciertas tasas de pago de servicios de ambulancia tanto terrestre como aérea y propone establecer una duración de vida de 3 años mínimo al equipo considerado durable para propósitos de pago bajo la categoría de beneficio para equipo médico durable, prótesis, aparatos ortopédicos e insumos.

Para más información ir a: <http://www.cms.gov/ESRDPayment/PAY/list.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 201110-60

Corrección al índice de salarios de la regla final del sistema de pagos prospectivos por cuidado de la salud en el hogar para el CY 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron dos correcciones al índice de salarios para la regla final del sistema de pagos prospectivos por cuidado de la salud en el hogar del año calendario 2012 (CMS-1353-F). CMS está corrigiendo los valores de índices de salario para core-based statistical area (CBSA) 12060 (Atlanta-Sandy Springs-Marietta, GA) y para CBSA 26980 (Iowa City, IA). Para el CY 2012, el índice de salarios para CBSA 12060 debe ser 0.9575 y el índice de salario para CBSA 26980 debe ser 1.0070. Los archivos de índice de salario han sido anunciados en la sección Spotlights en <http://www.cms.gov/center/hha.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 201111-29

Centros de Enfermería Especializada

Reclamaciones retenidas a centros de enfermería especializada

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema de procesamiento de reclamaciones que afecta a los tipos de factura 18x y 21x de los centros de enfermería especializada que contienen código AAAXx de Healthcare Common Procedure Coding System y código de ingreso 0022. CMS está reteniendo estas reclamaciones. Tan pronto como se instale un arreglo al sistema y éste sea probado con éxito, las reclamaciones serán integradas al proceso. CMS agradece su paciencia y le pide que se sirva disculpar cualquier inconveniente que esto haya podido causar.

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 201110-45

Problema de los sistemas que impactan los SNF que facturan electrónicamente utilizando los códigos HIPPS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desarrollaron recientemente un nuevo cambio de terapia (change of therapy, COT) otra evaluación requerida por Medicare (other Medicare required assessment, OMRA) para los centros de enfermería especializada (SNF) de sistema de pagos prospectivos (PPS) y desarrollaron un mecanismo para permitir a los proveedores reportar una reanudación de terapia en un fin de la terapia (end of therapy, EOT) OMRA. En adición, nuevos indicadores de evaluación (assessment indicators, AI) fueron creados para identificar que un COT OMRA fue completado y para distinguir entre los casos donde un EOT OMRA es realizado con la reanudación de los artículos completados y los casos donde un EOT OMRA es completado sin la reanudación de los artículos completados. Los nuevos AI fueron introducidos en el Capítulo 6, Sección 6.4, del nuevo Minimum Data Set (MDS) Manual localizado en: <http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/downloads/MDS30RAIManual.zip>.

Como resultado de estos nuevos AI, CMS debe añadir aproximadamente 1,500 nuevos códigos Health Insurance Prospective Payment System (HIPPS) al fiscal intermediary shared system (FISS). La lista maestra HIPPS localizada en http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/02_HIPPSCodes.asp contiene estos nuevos códigos.

Un problema imprevisto del sistema de procesamiento de reclamaciones surgió para las reclamaciones que son enviadas electrónicamente. La corrección para este problema entrará en efecto el 5 de diciembre de 2011. Mientras tanto, los proveedores pueden enviar las reclamaciones que contengan estos códigos HIPPS directamente vía las pantallas del sistema remoto (direct data entry, DDE) de FISS o retener estas reclamaciones hasta después de que sea implementada la solución el 5 de diciembre de 2011.

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

Fuente: CMS PERL 201111-35

Hoja informativa revisada ‘Skilled Nursing Facility Prospective Payment System’

La hoja informativa “*Skilled Nursing Facility Prospective Payment System*” (ICN 006821) ha sido revisada. Incluye historial y elementos del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada.

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 201111-25

Conferencia nacional 2012 minimum data set (MDS) 3.0

La conferencia nacional 2012 MDS de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) es una conferencia de dos días que será presentada dos veces. Una conferencia será presentada el 6-7 de marzo de 2012, y repetida el 8-9 de marzo de 2012, en el Hyatt Regency St. Louis en el Arch en St. Louis, Missouri.

La inscripción para la conferencia comenzará el 14 de noviembre de 2011, y cerrará el 30 de diciembre de 2011. Favor de visitar la página Web [CMS MDS 3.0 Training Conference Information](#) para información adicional.

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

Fuente: CMS PERL 201111-27

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: Inscribese hoy.

Información General

Incrementos del índice de pago para las clínicas de salud en zonas rurales y los centros de salud calificados por el gobierno federal

Número de *MLN Matters*: MM7533

Número de petición de cambio relacionado: 7533

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2343CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7533, la cual provee instrucciones para los incrementos del índice de pago para el año calendario (CY) 2012 para los servicios de las clínicas de salud en zonas rurales (RHC) y los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) a partir del 3 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012, (i.e., CY 2012) como sigue:

- El límite de pago superior RHC por visita es incrementado de \$78.07 a \$79.48.
- El límite de pago superior de FQHC por visita para los FQHC urbanos es incrementado de \$126.22 a \$128.49, y el límite de pago máximo de Medicare por visita para los FQHC rurales es incrementado de \$109.24 a \$111.21.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7533.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7533, 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/R2343CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2343, CR 7533

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.

Reclamaciones de clínicas de salud en zonas rurales Retenidas

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema de procesamiento de reclamaciones que afecta a reclamaciones de clínicas rurales (RHC), en que las reclamaciones presentadas con más de un servicio preventivo han dado por resultado doble reembolso. CMS está reteniendo reclamaciones de RHC, tipo de factura 71x, presentadas con más de uno de los servicios preventivos notificados en orden de cambio (CR) 7208 que se encuentra en <http://www.CMS.gov/transmittals/downloads/R2122CP.pdf>. Tan pronto como se instale un arreglo al sistema y éste sea probado con éxito, las reclamaciones serán integradas al proceso. CMS agradece su paciencia y le pide que se sirva disculpar cualquier inconveniente que esto haya podido causar.

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 201110-46

Actualización del procesamiento de reclamaciones FISS por servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: MM7557

Número de petición de cambio relacionado: 7557

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011

Fecha de efectividad: Para las reclamaciones impresas UB-04, 1 de agosto de 2011. Para los cambios requisitos de cambios NPI, 1 de abril de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2336CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo identifica dos cambios en presentaciones de reclamaciones por servicios de ambulancia. El primero se refiere a reclamaciones UB-04 impresas, comenzando con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, presentadas a partir del 1 de agosto de 2011. El millaje debe ser reportado como unidades fraccionadas. Cuando se reporta millaje fraccionado, los proveedores deben redondear el total de millas al décimo de milla más cercano y el decimal debe ser utilizado en el lugar correspondiente (e.g., 99.9). Para viajes de menos de 1 milla, ingrese un "0" antes del decimal (e.g., 0.9). Esto aplica por viajes de hasta 100 millas.

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.

El segundo cambio se refiere a reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2012. Solamente los viajes que no son de emergencia (i.e., Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) códigos A0426, A0428) requieren un National Provider Identifier (NPI) en el campo Attending Physician. El ingreso de un NPI en el campo Attending Physician, no es requerido para viajes de emergencia (i.e., códigos HCPCS A0427, A0429, A0430, A0431, A0432, A0433 y A0434).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7557.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7557, 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/R2336CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2336, CR 7557

CARC utilizada para reclamaciones de terapia sujetas a un procedimiento múltiple de reducciones de pago

Número de *MLN Matters*: MM7564

Número de petición de cambio relacionado: 7564

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2328CP

Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo se basa en la orden de cambio (CR) 7564, que revisa la codificación del aviso de pago utilizado si los pagos de reclamaciones están sujetos a un procedimiento múltiple de reducciones de pago (MPPR). Los contratistas de Medicare utilizarán el siguiente código de motivo de ajuste de reclamación (CARC) en el aviso de pago de líneas de servicio para las cuales han aplicado el código 59 de MPPR: Procesado en base a reglas de procedimiento múltiples o concurrentes.

Este nuevo código hará más fácilmente reconocibles los ajustes de pago debidos a MPPR en sus avisos de pago. Este artículo no contiene ninguna política nueva.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7564.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7564, 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/R2328CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2328, CR 7564

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.

Ahora disponible en formato impreso ‘Medicare Billing Information for Rural Providers and Suppliers’

La publicación revisada *Medicare Billing Information for Rural Providers and Suppliers* está ahora disponible en formato impreso. Este folleto está diseñado para proveer educación sobre la facturación rural de Medicare, e incluye información de facturación rural sobre las clínica de salud en zonas rurales (RHC), centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC), centro de enfermería especializada (SNF), las agencias de salud en el hogar, hospitales de acceso crítico (CAH), y camas oscilantes. Par ordenar, visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/01_Overview.asp, 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 201110-22

Hoja informativa revisada y disponible en formato para descargar ‘Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility’

La hoja informativa *Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility* (ICN 904085) ha sido revisada y ahora está disponible en formato para descargar. Incluye la siguiente información: historial; servicios “core comprehensive outpatient rehabilitation facility” (CORF); servicios opcionales CORF; requisitos del lugar de tratamiento; terapia física, terapia ocupacional, requisitos del plan de cuidado de patología del habla-lenguaje (POC); requisitos POC de terapia respiratoria; y pago para los servicios CORF.

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 201110-30

Hoja informativa revisada y disponible en formato para descargar ‘Rural Health Clinic’

La hoja informativa revisada *Rural Health Clinic* (ICN 006398) ahora está disponible en formato para descargar. Incluye la siguiente información: historial, servicios de clínicas de salud en zonas rurales (RHC), certificación de Medicare como un RHC, visitas RHC, pagos RHC, reportes de costo, y reconciliación anual.

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 201110-30

Pago de la tarifa de aplicación de inscripción de Medicare para los proveedores institucionales

Los proveedores institucionales (i.e., todos los proveedores **excepto** los médicos, profesionales de la salud, prácticas de grupo de médicos y prácticas de grupo de profesionales de la salud) deben enviar la tarifa de aplicación con su revalidación u otras acciones de inscripción. Los proveedores institucionales que envían las acciones de inscripción utilizando Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) basado en Internet, pagan la tarifa de aplicación durante el proceso de envío en línea.

Los proveedores que envían el 855 en papel ahora pagarán la tarifa en <https://pecos.cms.hhs.gov/pecos/feePaymentWelcome.do>.

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 201110-36

Actualización de la manera en que los proveedores deben completar la solicitud de inscripción en Medicare (CMS-855A)

La versión de julio de 2011 de la solicitud CMS-855A contiene varios elementos de datos nuevos en las secciones 5 y 6. Este mensaje notifica a los proveedores que no necesitan completar los siguientes elementos de datos de inscripción del proveedor, ya sea en papel o por medio de Internet, en las versiones de la solicitud CMS-855A Chain, and Ownership System (PECOS):

Sección 5 Ownership Interest and/or Managing Control Information (Organizaciones)

- “Porcentaje exacto de control operacional/gerencial de esta organización sobre el proveedor”

Sección 6 Ownership Interest and/or Managing Control Information (Personas individuales)

- “Porcentaje exacto de control que esta persona tiene como funcionario sobre el proveedor”
- “Porcentaje exacto de control que esta persona tiene como director sobre el proveedor”
- “Porcentaje exacto de control que esta persona tiene sobre el proveedor (de acuerdo al título “W-2 Managing Employee)”
- “Porcentaje exacto de control que este administrador de empleados contratados tiene sobre el proveedor”
- “Porcentaje exacto de control operacional/gerencial de esta persona sobre el proveedor”

Además, según los titulares “Other ownership or control/interest” de las secciones 5 y 6, el dato “Porcentaje exacto de propiedad de control/interés...” no necesita ser completado si la organización/persona no posee propiedad, sociedad, hipoteca, seguro u otro interés cuantificable sobre el proveedor.

Los contratistas de Medicare ya han recibido las pautas adecuadas.

Si tiene cualquier pregunta acerca de este mensaje, contacte su contratista local de Medicare. La información de contacto puede ser encontrada en http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/contact_list.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 201110-48

¿Qué significa dar testimonio para el programa de incentivo EHR?

Más de 114,000 profesionales y hospitales elegibles se han inscrito en programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid. Mientras más hospitales avanzan en el cumplimiento del uso significativo y dar testimonio, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean estar seguros de que todos entienden lo que significa dar testimonio.

Con la finalidad de dar testimonio, demostrar exitosamente uso significativo y recibir un pago de incentivo bajo el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare, los hospitales elegibles deben indicar que están de acuerdo con varias declaraciones de testimonio.

Los hospitales elegibles deben aceptar que la información presentada:

- Es precisa según el conocimiento y creencia del hospital o de la persona que la presenta en representación del hospital
- Es precisa y completa para numeradores, denominadores, exclusiones y medidas aplicables al hospital
- Incluye información de todos los pacientes a quienes corresponden las mediciones
- Ha sido generada como producto de una tecnología EHR certificada para mediciones de calidad clínica (CQM)

Al aceptar las declaraciones anteriores, el hospital está dando testimonio de que está presentando toda la información necesaria de una tecnología EHR certificada, tecnología EHR no certificada y/o registros en papel impreso, con la finalidad de dar información que sea completa y precisa para toda lo esencial del uso significativo y mediciones del conjunto de índice, excepto CQM.

Dando testimonio de validez de los datos de CQM

CMS considera que la información de CQM es precisa y completa si es idéntica al resultado de una tecnología EHR certificada. En otras palabras, el hospital está dando testimonio solamente de que lo que ha puesto en

Continúa en la página siguiente

Testimonio...(Continuación)

el módulo de testimonio es idéntico al resultado provisto por esta tecnología EHR certificada. Por lo tanto, el numerador, denominador e información de exclusión de CQM debe ser reportada directamente a partir de la información dada por la tecnología EHR certificada.

CMS, por medio de uso significativo, no necesita ninguna validación de datos. Los hospitales elegibles no necesitan presentar ninguna información adicional más allá de lo generado por la tecnología EHR, cuando se trata de satisfacer los requisitos de información de CQM, aun cuando los valores reportados incluyan ceros. Si un hospital tiene inquietudes acerca de la precisión de sus resultados, el hospital todavía puede dar testimonio pero deberá trabajar con su vendedor y/o [Office of the National Coordinator for Health Information Technology](#) para mejorar la calidad del producto individual y/o la precisión garantizada por la certificación.

CMS recomienda a los hospitales imprimir o archivar una copia electrónica de los reportes de CQM utilizados al dar testimonio de sus EHR certificadas. Un hospital elegible debe conservar esta copia en sus archivos de manera tal que el hospital pueda mostrar sus cifras en el evento de una auditoría. En la auditoría, esta documentación puede ser utilizada para validar que el hospital ha dado testimonio exacto y presentado CQM.

Para más información acerca de programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid EHR, visite [CMS EHR website](#). También, para respuestas sobre varias áreas de tópicos de los programas, vea la página de [frequently asked questions](#).

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 201110-51

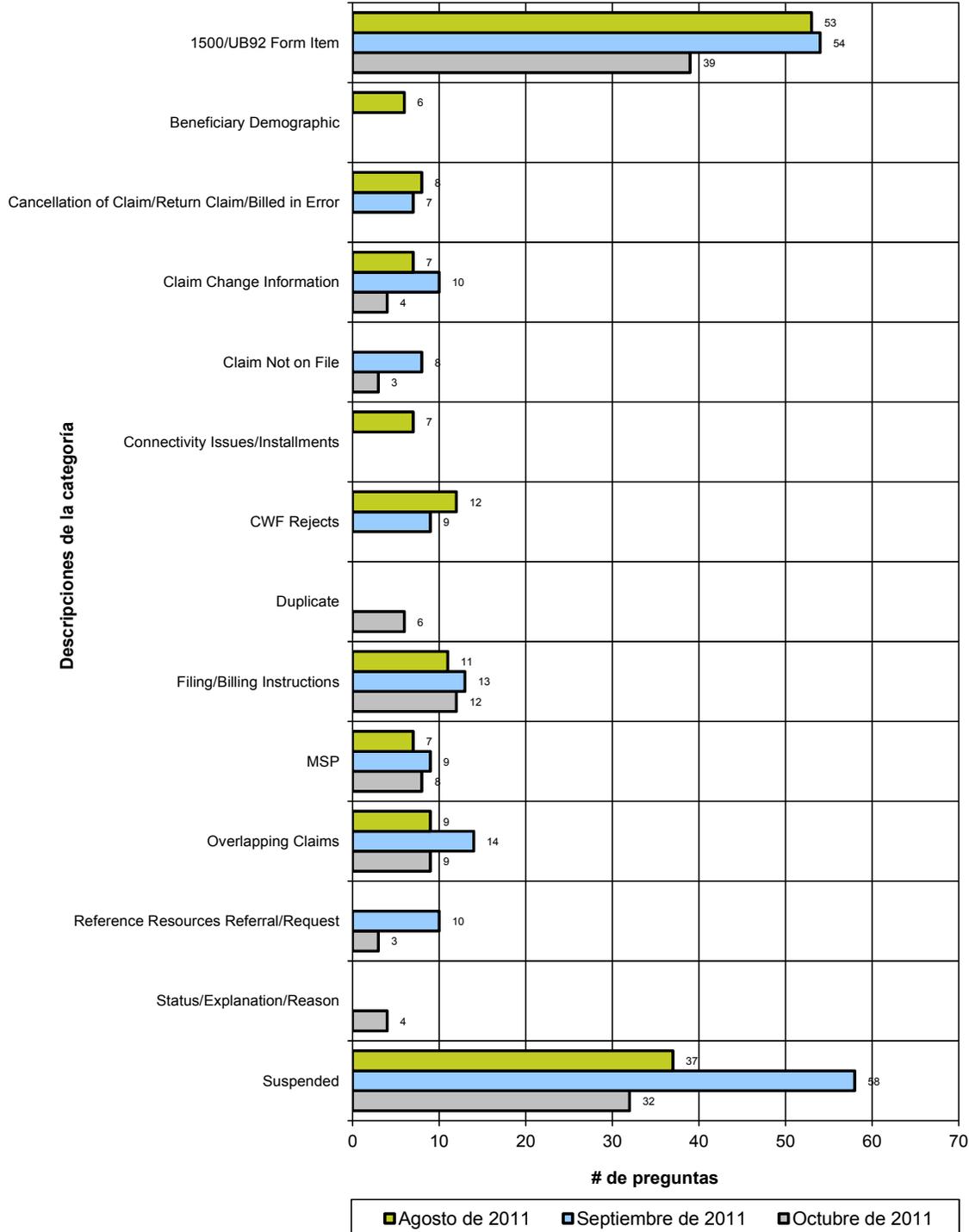
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en agosto-octubre de 2011

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 agosto-octubre de 2011. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

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

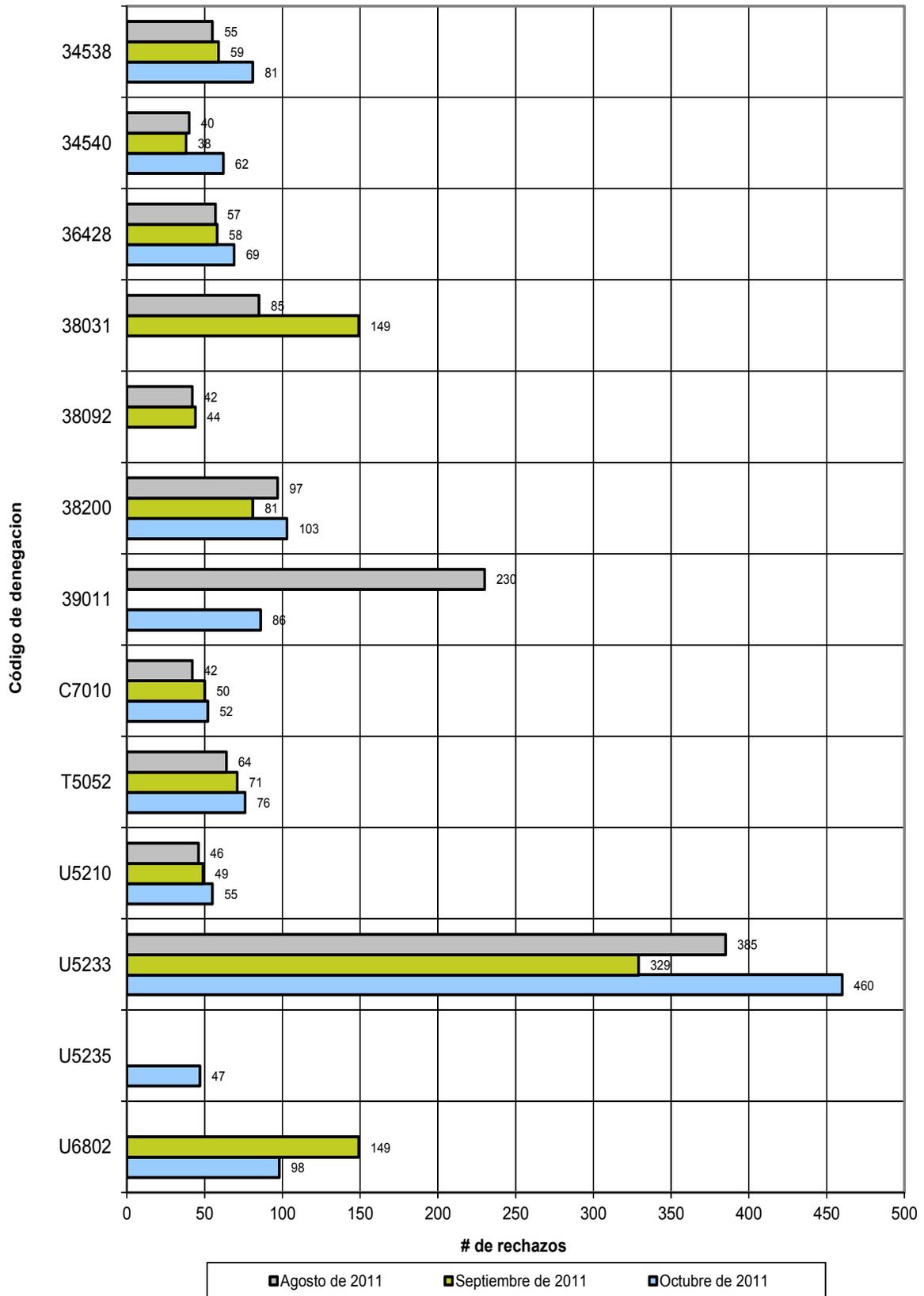
Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico en agosto-octubre de 2011

Nota: Agosto incluye consultas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos



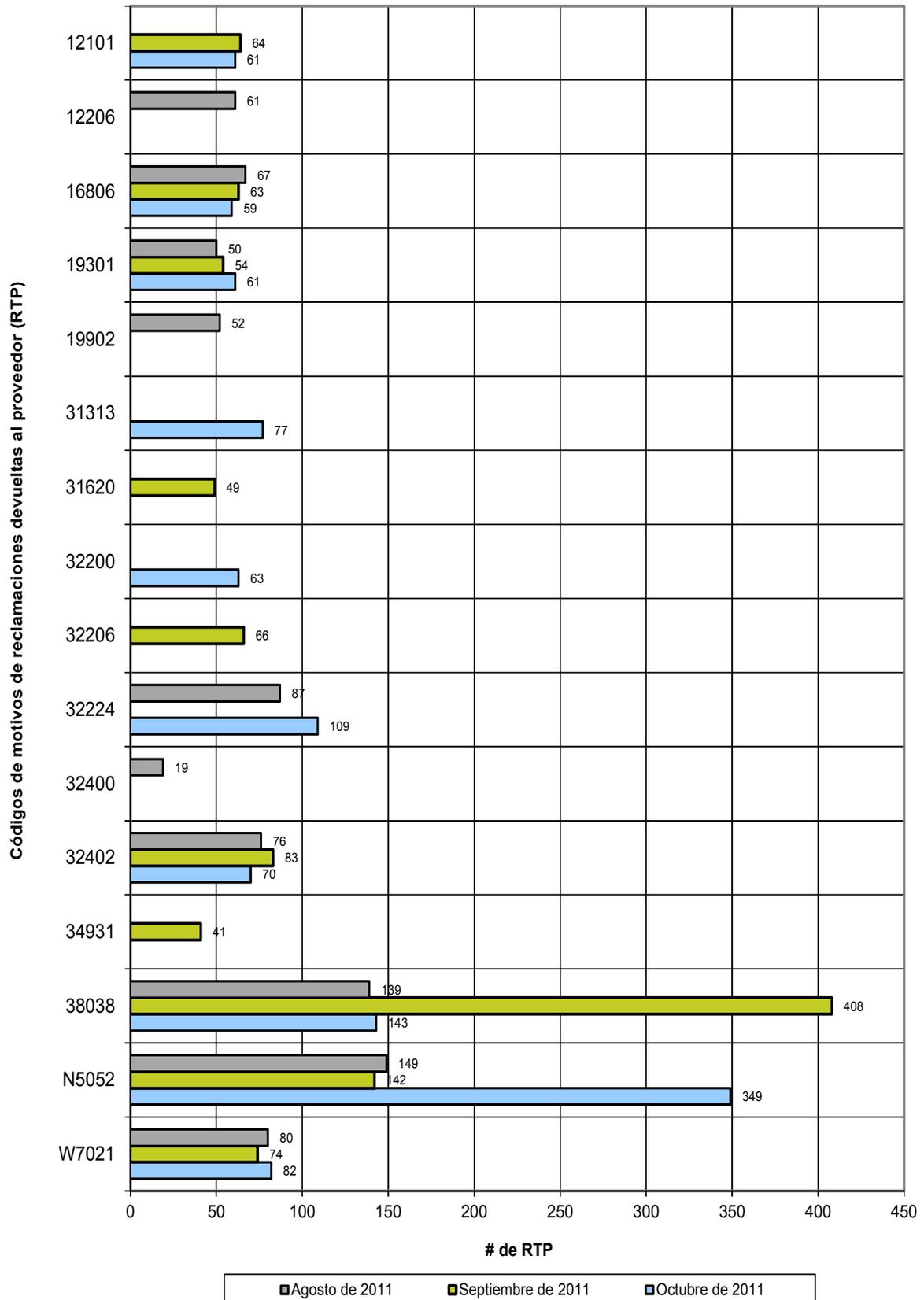
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

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



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD Existentesl

AJ9041: Bortezomib (Velcade®)	59
AJ9305: Pemetrexed	59
A93965: Non-invasive evaluation of extremity veins	60
AJ9201: Gemcitabine (Gemzar®)	60
SKINSUB: Skin Substitutes	60
AJ9206: Irinotecan (Camptosar®)	61

LCD Retirada

A93451: Cardiac catheterization	61
---------------------------------------	----

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD)	61
Notificación de revisión de prepago del paciente hospitalizado para MS-DRG 641 y MS-DRG 392	62

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

AJ9041: Bortezomib (Velcade®) – revisión al LCD

Identificador de LCD: L28787 (Florida)

Identificador de LCD: L28789 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bortezomib (Velcade®) fue efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como un contratista administrativo de Medicare (MAC) LCD para jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and /or Medical Necessity” del LCD para añadir la ruta de administración subcutánea sin etiqueta y la indicación de mieloma múltiple y pacientes con linfoma de células del manto los cuales hayan recibido al menos una terapia previamente. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” del LCD fue actualizada para añadir la síntesis adicional y un artículo de referencia considerado para esta revisión.

Fecha de vigencia

La revisión de este LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 1 de noviembre de 2011**, para servicios prestados a partir del 6 de septiembre de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

AJ9305: Pemetrexed – revisión al LCD

Identificador de LCD: L28947 (Florida)

Identificador de LCD: L28968 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para pemetrexed fue recientemente revisada el 18 de febrero de 2010. Desde entonces, la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” del LCD ha sido revisada para añadir las siguientes indicaciones sin etiqueta:

- Terapia de segunda línea como único agente para cáncer cervical metastático recurrente local/regional o distante.
- Terapia repetitiva de agente único, si es resistente al platino, para cáncer en los ovarios que es repetitivo después de una quimioterapia previa; progresivo, estable, o persistente a quimioterapia primaria; ha ocurrido una recaída después de un alivio completo luego de la quimioterapia primaria; o enfermedad en etapa II-IV que ha mostrado repuesta parcial al tratamiento primario.
- Terapia de segunda línea es un agente único para cáncer de la vejiga metastático.

La sección “ICD-9 Códigos que Respaldan la Necesidad Médica” del LCD también ha sido revisada para añadir los siguientes códigos de ICD-9-CM: 180.0-180.9, 183.0-183.9, 188.0-188.9, 189.1, 189.2, y 233.7.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 30 de noviembre 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.

A93965: Non-invasive evaluation of extremity veins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28936 (Florida)

Identificador de LCD: L28957 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para evaluación no invasiva de venas de las extremidades fue recientemente revisado, el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la sección “Training Requirements” del LCD ha sido revisada para añadir “Registered technologist in vascular sonography (R.T. [V.S.]” como un ejemplo adicional de certificación en tecnología vascular para el personal profesional de la salud efectuando los servicios planteados en este LCD y para añadir lenguaje para indicar que este credencial está provisto por el American Registry of Radiologic Technologists (ARRT).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 15 de noviembre 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.

AJ9201: Gemcitabine (Gemzar®) – revisión al LCD

Identificador de LCD: L28847 (Florida)

Identificador de LCD: L28880 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue recientemente revisada, el 15 de diciembre de 2010. Desde entonces, la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” del LCD ha sido revisada para añadir la siguiente indicación sin etiqueta: linfoma no Hodgkin con recaída o refractario (linfoma de célula B grande difuso) en combinación con oxaliplatin (Eloxatin®) como terapia de segunda línea. La sección “Recursos de Información y Bases para Decisión” del LCD también ha sido actualizado.

Fecha de vigencia

La revisión de este LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 15 de noviembre 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.

SKINSUB: Skin Substitutes – revisión al LCD

Identificador de LCD: L29279 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para sustitutos de piel fue recientemente revisada, en 1 de julio de 2011. Desde entonces, se le hizo una revisión al LCD basado en una petición de reconsideración para autorizar a OASIS® ultra tri-layer matrix, por centímetro cuadrado (HCPCS código C9365) como producto cubierto.

Luego de la revisión de la información presentada, se determinó que el código HCPCS C9365 se incluirá para cobertura. Bajo la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” del LCD para “OASIS® wound matrix”, el lenguaje fue revisado para encargarse de la cobertura para código HCPCS C9365 para OASIS® ultra tri-layer matrix. Las contraindicaciones fueron actualizadas y otras indicaciones especificadas para OASIS® ultra tri-layer matrix fueron añadidas. Bajo la sección “Códigos CPT/HCPCS” del LCD, y la sub-sección “Los siguientes códigos HCPCS no son pagaderos separadamente y son considerados médicamente no razonables y productos necesarios:” El código HCPCS C9365 fue eliminado. Bajo la sección “Códigos CPT/HCPCS”, el código HCPCS C9365 fue añadido. En adición, la sección “Recursos de Información y Bases para la

toma de Decisión” del LCD y el suplemento de las “Pautas de Codificación” fueron actualizadas.

Información Adicional: el código HCPCS C9365 está siendo eliminado efectivo el 1 de enero de 2012, y está siendo reemplazado con el código HCPCS Q4124 (Oasis ultra tri-layer wound matrix, por centímetro cuadrado).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 23 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD. Para LCDs con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la página de la lista de las LCD.

AJ9206: Irinotecan (Camptosar®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28897 (Florida)

Identificador de LCD: L28919 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “irinotecan (Camptosar®)” fue efectiva para los servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, basado en una solicitud de reconsideración, la indicación sin etiqueta de “metastatic breast cancer, refractory” fue añadida bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. También, los códigos diagnósticos ICD-9-CM 174.0-174.9 (Malignant neoplasm of female breast) fueron añadido bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 16 de noviembre 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>.

LCD Retirada

A93451: Cardiac catheterization – LCD retirada

Identificador de LCD: L28792 (Florida)

Identificador de LCD: L28797 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “cardiac catheterization” fue recientemente revisada el 1 de enero de 2011. Desde entonces, se tomó la decisión de retirar la LCD basado en un análisis de data y estándares de práctica local.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD entrará en vigencia para servicios provistos a partir del 1 de noviembre de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: J0630

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones para los contratistas sobre el pago de Medicare para medicinas y servicios médicos por incidentes biológicos. Las instrucciones también le provee a los contratistas un proceso para determinar si una medicina inyectable es usualmente auto administrada y por lo tanto, no cubierta por Medicare. Las directrices para la evaluación de drogas para la lista de medicinas inyectables excluidas, autoadministradas, incidente a un servicio médico se encuentran en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para servicios provistos a partir del 26 de diciembre de 2011, la siguiente medicina ha sido añadida al MAC J-9 Parte A lista de SAD.

- J0630-Inyección, calcitonin (salmon), hasta 400 unidades (Fortical, Miacalcin)

La evaluación de medicinas para añadir a la lista de self-administered drug (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables por monitorear la lista de SAD para la adición o supresión de medicinas.

Las listas de SAD del First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través del CMS Medicare Coverage Database en:

http://medicareespanol.fcso.com/Drogas_auto-administradas/

Notificación de revisión de prepago del paciente hospitalizado para MS-DRG 641 y MS-DRG 392

First Coast Service Options Inc. (FCSO), como el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9), está comprometido en ayudar a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en alcanzar la meta de reducir el índice nacional de error de reclamaciones pagadas de servicio a tarifa (FFS) de Medicare. Los grupos relacionados de diagnóstico (diagnosis related groups, DRG) de estancia corta, en particular, demuestran un alto potencial de error de pago al nivel nacional y MAC J9. Por lo tanto, FCSO se enfocó previamente en las actividades de revisión médica de pago diferido de MAC J9 (excluyendo a Puerto Rico) en varios DRG de estancia corta considerada como de alto riesgo de error de pago de reclamaciones, incluyendo MS-DRG 392 (esophagitis, gastroenteritis, and miscellaneous digestive w/o MCC) y MS-DRG 641 (nutritional miscellaneous metabolic disorder w/o MCC). Las extensas investigaciones del MS-DRG 392 resultaron en un 49% de índice de error en el 2009 y 41% en el 2010. Las extensas investigaciones del MS-DRG 641 resultaron en un índice de error de 49% en 2009 y 36% en 2010. Por lo tanto, efectivo el 1 de noviembre de 2011, FCSO realizará 10% de revisión médica de prepago en MS-DRG 392 y MS-DRG 641 en MAC J9 (excluyendo Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos).

Formulario de Parte A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2011 a septiembre de 2012.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims

Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Facturación

Actualización trimestral de enero de las ediciones sobre la iniciativa de corrección de códigos

Número de *MLN Matters*: MM7616
Número de petición de cambio relacionado: 7616
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de octubre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2322CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la solicitud de cambio 7616, la cual es un recordatorio a los médicos sobre la actualización trimestral sobre la iniciativa de corrección de códigos (CCI). La más reciente publicación del módulo de edición fue emitida en octubre de 2011.

El paquete más reciente de ediciones de CCI, versión 18.0, es efectiva el 1 de enero de 2012, e incluye

todas las versiones previas y actualizaciones desde 1 de enero de 1966 hasta el presente.

Información adicional sobre CCI, incluyendo la edición corriente de CCI y ediciones de mutuallly exclusive code (MEC), están disponibles en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7616.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7616, 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/R2322CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2322, CR 7616

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.

Pagos de Medicare por servicios de diagnóstico radiológicos en departamentos de emergencia

Número de *MLN Matters*: SE1134
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo destaca el reporte de abril de 2011 de la Office of Inspector General (OIG) titulado "Pagos de Medicare por servicios de diagnóstico radiológicos en departamentos de emergencia" junto con políticas de Medicare respecto a cobertura de servicios radiológicos.

Específicamente, el artículo resume los objetivos del estudio que fueron:

1. Determinar la medida en que las reclamaciones permitidas por Medicare, para interpretación y diagnóstico de servicios radiológicos enfocados en tomografía computacional (CT), imagen de resonancia magnética (MRI) y servicios de rayos-X realizados en departamentos de emergencia de paciente ambulatorio, cumplen los

requisitos de documentación de Medicare

2. Determinar si los servicios de rayos-X fueron realizados antes de que los beneficiarios dejasen el departamento de emergencia de paciente ambulatorio
3. Determinar si los servicios de rayos-X siguieron las pautas de documentación de prácticas sugeridas promovidas por el American College of Radiology

El artículo de edición especial revisa las políticas de Medicare respecto a cobertura de servicios de diagnóstico radiológico en departamentos de emergencia e incluye un enlace a las pautas de prácticas sugeridas por el American College of Radiology.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1134.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1134

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

Información General

Formato de revisión al aviso de remesa utilizado para reportar pagos de incentivo trimestral de HPSA, PCIP y HSIP

Número de *MLN Matters*: MM7561
 Número de petición de cambio relacionado: 7561
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R975OTN
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

El RA especial utilizado actualmente para los pagos de incentivo mencionados anteriormente está siendo revisado para incluir una página de resumen con una cantidad de pago de incentivo total por identificador de desempeño del proveedor nacional, por pago de incentivo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7561.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7561, 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/R975OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 975, CR 7561

Resumen

Una revisión al aviso de remesa especial (RA) actualmente utilizado trimestralmente para áreas de insuficiencia de profesionales de la salud (HPSA), el programa de pago de incentivo por cuidados primarios (PCIP) y el programa de pago de incentivo quirúrgico (HSIP), le permitirá saber su cantidad de pago de incentivo individual total por HPSA, PCIP y/o HSIP (el que corresponda).

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

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7566
 Número de petición de cambio relacionado: 7566
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de octubre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2321CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

El artículo del *Medicare Learning Network (MLN) Matters*[®] notifica sobre laboratorios clínicos y proveedores que los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS) enlisto las pruebas más recientes aprobadas por el Food and Drug Administration (FDA) como pruebas con dispensa bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA). CMS identifica las pruebas con dispensa proveyendo una lista actualizada a los contratistas de Medicare trimestralmente.

Los códigos para las nuevas pruebas enlistadas en el artículo *MLN Matters* tienen que tener el modificador QW para ser reconocidas como pruebas con dispensa.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7566.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7566, 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/R2321CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2321, CR 7566

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

Actualización de los códigos del software MREP

Los últimos códigos de denegación de ajuste de reclamación y los códigos de comentarios de remesa de pago están disponibles en el archivo Codes.ini en el software MREP. Usted puede acceder este documento en el archivo comprimido "Medicare Remit Easy Print - Version 3.1" en http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.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 201110-39

Acreditación ADI – el tiempo se acaba

Como recordatorio, comenzando el domingo, 1 de enero de 2012, los suplidores que prestan el componente técnico de imagen diagnóstica avanzada (ADI) deben estar acreditados para facturar a Medicare por estos servicios. Los procedimientos ADI incluyen imagen de resonancia magnética, tomografía computarizada, e imagen de medicina nuclear tal como tomografía de emisión de positrón; rayos X, ultrasonido, fluoroscopia, y procedimientos ambulatorios de hospital son excluidos. El componente técnico para los servicios de ADI incluye el desempeño de procedimientos de imagen, no la interpretación médica.

Para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) comenzarán a denegar las reclamaciones por el componente técnico de ADI, presentado bajo la tarifa fija del médico por suplidores que todavía no están acreditados. Una vez un proveedor está acreditado, pueden comenzar a facturar a Medicare por estos servicios nuevamente.

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

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

Fuente: CMS PERL 201110-50

Hoja informativa revisada ‘Medicare Podiatry Services’

La hoja informativa *Medicare Podiatry Services: Information for Medicare Fee-For-Service Healthcare Professionals fact sheet (ICN 6948)* ha sido revisada. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre los servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Incluye una lista de servicios que no están cubiertos por Medicare, directrices de facturación, y una lista de recursos.

Fuente: CMS PERL 201111-14

Folleto revisado ‘Medicare Information for Advanced Practice Registered Nurses, Anesthesiologist Assistants, and Physician Assistants’

El folleto "*Medicare Information for Advanced Practice Registered Nurses, Anesthesiologist Assistants, and Physician Assistants*" (ICN 901623) ha sido revisado. Esta publicación está diseñada para proveer educación sobre los servicios prestados por las enfermeras prácticas registradas, asistentes anesestesiólogos, y asistentes del médico. Cubre los requisitos de Medicare para estos tipos de proveedores, incluyendo las calificaciones requeridas, los criterios de cobertura, facturación, y pago.

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 201111-25

Ahora disponible el folleto 2010 PQRI

El folleto "*The 2010 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)*" (ICN 907207) ahora está disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network®. Este folleto es una compilación de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) de varios recursos educativos relevantes al 2010 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI).

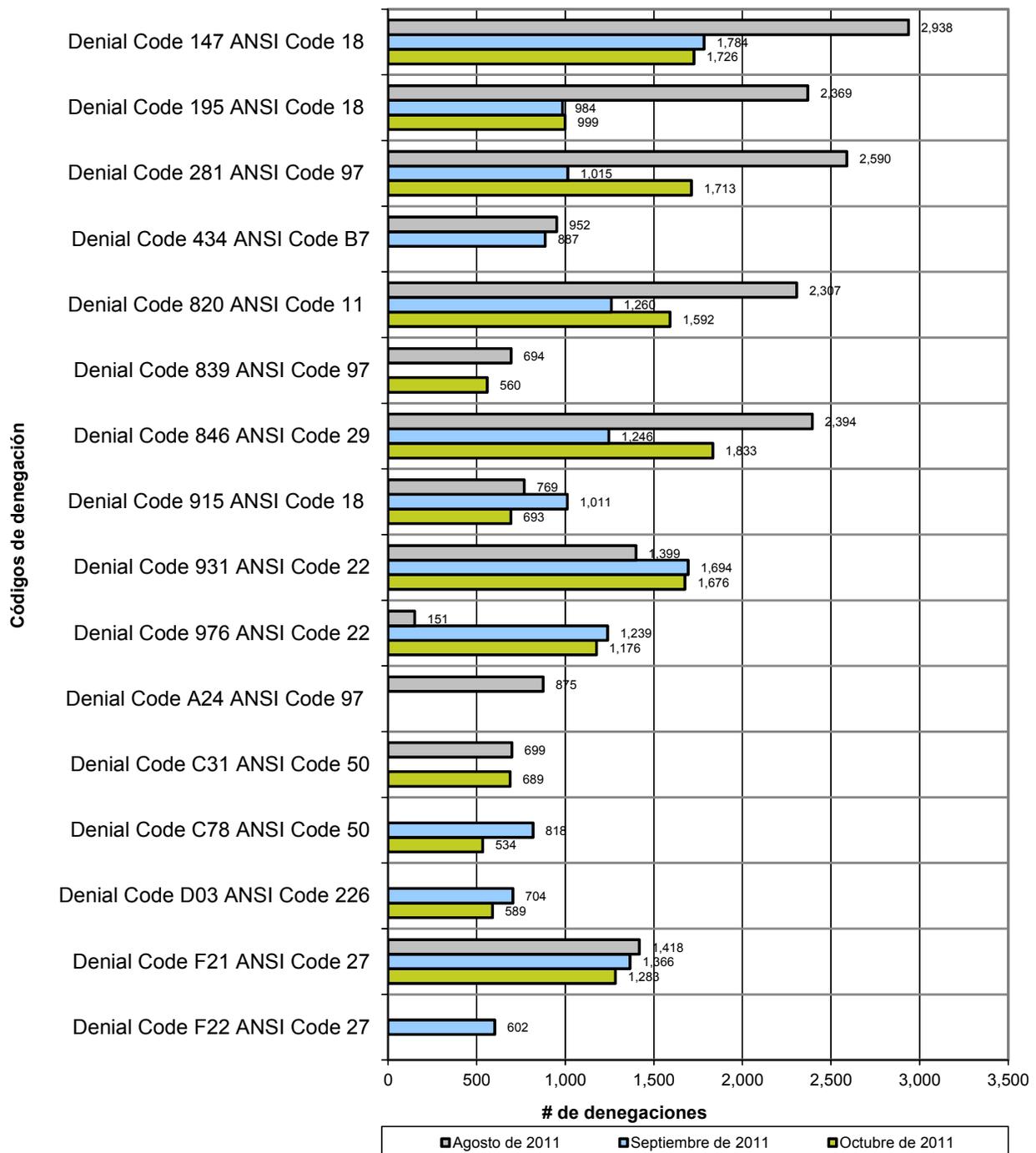
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201111-25

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

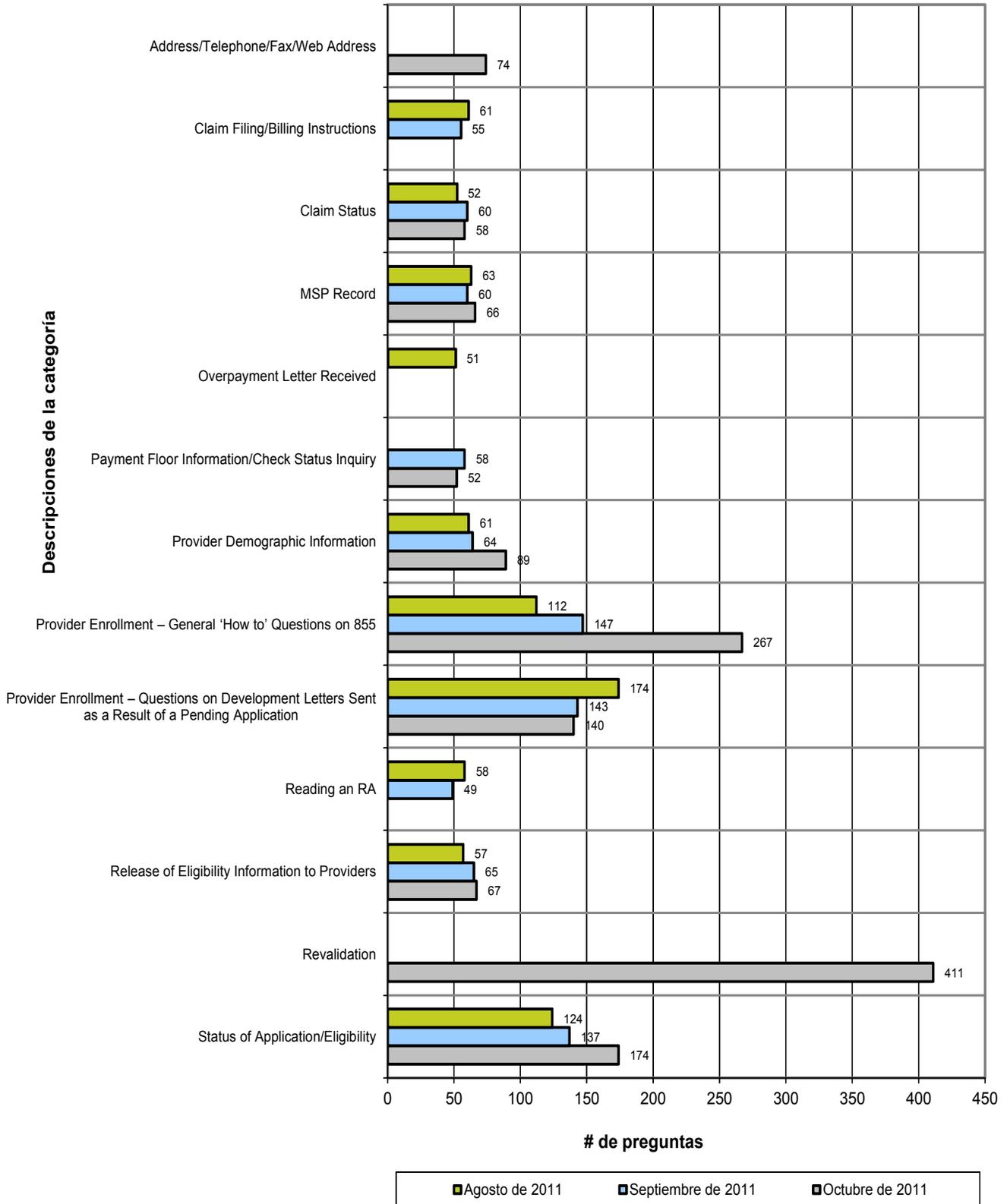
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de agosto – octubre de 2011. Para consejos y recursos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

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



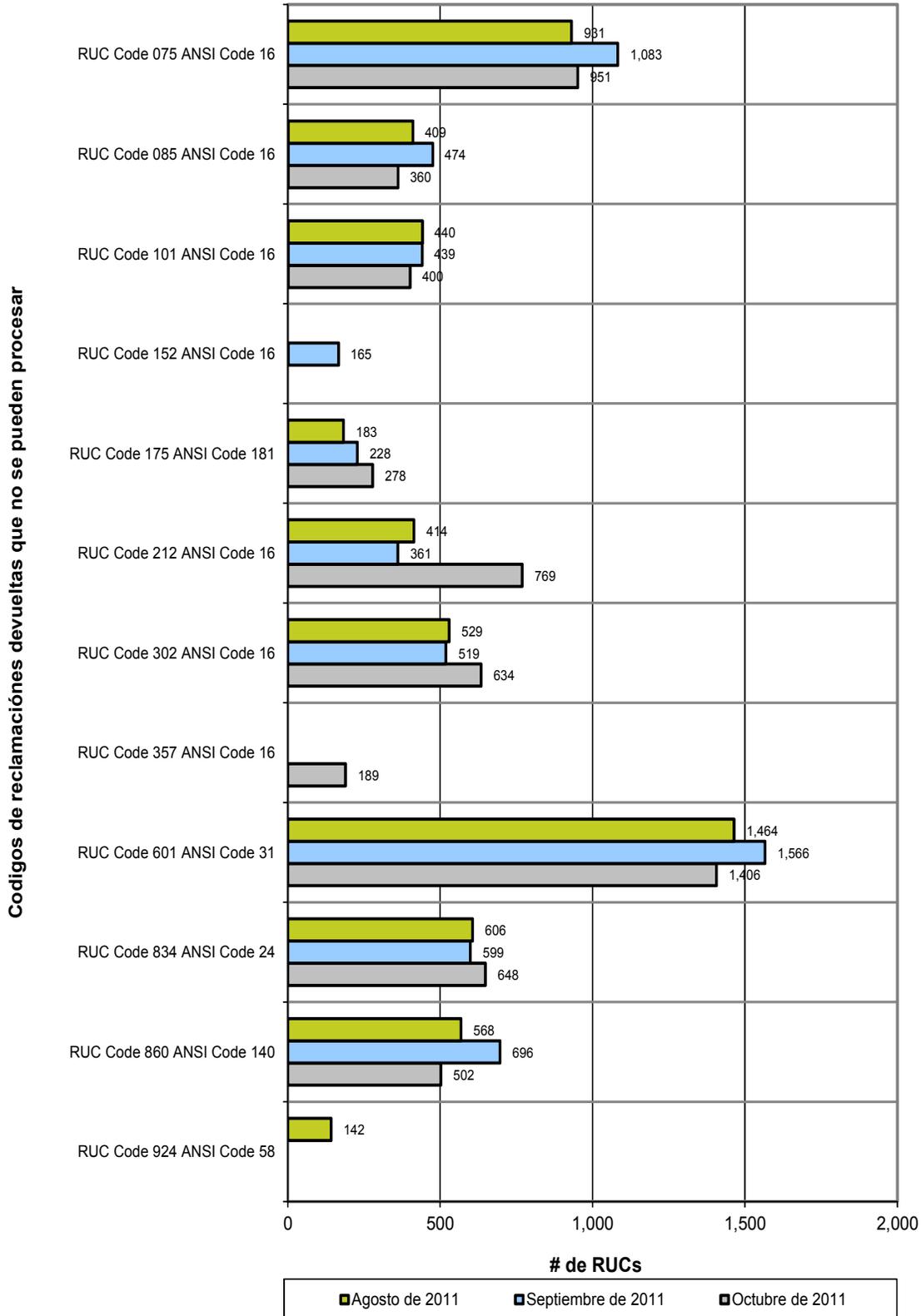
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

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



Determinaciones locales de cobertura

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD Existentes1

J9041: Bortezomib (Velcade®)	72
J9305: Pemetrexed	72
93965: Non-invasive evaluation of extremity veins	73
J9201: Gemcitabine (Gemzar®)	73
SKINSUB: Skin Substitutes	73
AJ9206: Irinotecan (Camptosar®)	74

LCD Retirada

93451: Cardiac catheterization	74
--------------------------------------	----

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD)	74
Quimioterapia y servicios de inyección no relacionados a quimioterapia e infusión	75

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

J9041: Bortezomib (Velcade®) – revisión al LCD

Identificador de LCD: L29087 (Florida)

Identificador de LCD: L29102 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bortezomib (Velcade®) fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como un contratista administrativo de Medicare (MAC) LCD para jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and /or Medical Necessity” del LCD para añadir la ruta de administración subcutánea sin etiqueta y la indicación de mieloma múltiple y pacientes con linfoma de células del manto los cuales hayan recibido al menos una terapia previamente. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” del LCD fue actualizada para añadir la síntesis adicional y un artículo de referencia considerado para esta revisión.

Fecha de vigencia

La revisión de este LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 1 de noviembre de 2011**, para servicios prestados **a partir del 6 de septiembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

J9305: Pemetrexed – revisión al LCD

Identificador de LCD: L29255 (Florida)

Identificador de LCD: L29464 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para pemetrexed fue recientemente revisada el 4 de febrero de 2011. Desde entonces, la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” del LCD ha sido revisada para añadir las siguientes indicaciones sin etiqueta:

- Terapia de segunda línea como único agente para cáncer cervical metastático recurrente local/regional o distante.
- Terapia repetitiva de agente único, si es resistente al platino, para cáncer en los ovarios que es repetitivo después de quimioterapia previa; progresivo, estable, o persistente en quimioterapia primaria; ha ocurrido una recaída después de alivio completo luego de la quimioterapia primaria; o enfermedad en etapa II-IV que ha mostrado respuesta parcial al tratamiento primario.
- Terapia de segunda línea es un agente único para cáncer de la vejiga metastático.

La sección “ICD-9 Códigos que Respaldan la Necesidad Médica” del LCD también ha sido revisada para añadir los siguientes códigos de ICD-9-CM: 180.0-180.9, 183.0-183.9, 188.0-188.9, 189.1, 189.2, y 233.7.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 23 de noviembre 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.

93965: Non-invasive evaluation of extremity veins – revisión al LCD

Identificador de LCD: L29234 (Florida)

Identificador de LCD: L29369 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para evaluación no invasiva de venas de las extremidades fue recientemente revisado, el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la sección “Training Requirements” del LCD ha sido revisado para añadir “Registered technologist in vascular sonography (R.T. [V.S.])” como un ejemplo adicional de certificación en tecnología vascular para el personal profesional de la salud efectuando los servicios planteados en este LCD y para añadir lenguaje para indicar que este credencial está provisto por el American Registry of Radiologic Technologists (ARRT).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a **partir del 15 de noviembre 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.

J9201: Gemcitabine (Gemzar®) – revisión al LCD

Identificador de LCD: L29182 (Florida)

Identificador de LCD: L29432 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue recientemente revisada, el 2 de diciembre de 2010. Desde entonces, la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” del LCD ha sido revisada para añadir la siguiente indicación sin etiqueta: linfoma no Hodgkin con recaída o refractario (linfoma de célula B grande difuso) en combinación con oxaliplatin (Eloxatin®) como terapia de segunda línea. La sección “Recursos de Información y Bases para Decisión” del LCD también ha sido actualizado.

Fecha de vigencia

La revisión de este LCD es efectiva para servicios prestados a **partir del 15 de noviembre 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.

SKINSUB: Skin Substitutes – revisión al LCD

Identificador de LCD: L29279 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para sustitutos de piel fue recientemente revisada, en 1 de julio de 2011. Desde entonces, se le hizo una revisión al LCD basado en una petición de reconsideración para autorizar a OASIS® ultra tri-layer matrix, por centímetro cuadrado (HCPCS código C9365) como producto cubierto.

Luego de la revisión de la información presentada, se determinó que el código HCPCS C9365 se incluirá para cobertura. Bajo la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” del LCD para “OASIS® wound matrix”, el lenguaje fue revisado para encargarse de la cobertura para código HCPCS C9365 para OASIS® ultra tri-layer matrix. Las contraindicaciones fueron actualizadas y otras indicaciones especificadas para OASIS® ultra tri-layer matrix fueron añadidas. Bajo la sección “Códigos CPT/HCPCS” del LCD, y la sub-sección “Los siguientes códigos HCPCS no son pagaderos separadamente y son considerados médicamente no razonables y productos necesarios:” El código HCPCS C9365 fue eliminado. Bajo la sección “Códigos CPT/HCPCS”, el código HCPCS C9365 fue añadido. En adición, la

sección “Recursos de Información y Bases para la toma de Decisión” del LCD y el suplemento de las “Pautas de Codificación” fueron actualizadas.

Información Adicional: el código HCPCS C9365 está siendo eliminado efectivo el 1 de enero de 2012, y está siendo reemplazado con el código HCPCS Q4124 (Oasis ultra tri-layer wound matrix, por centímetro cuadrado).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a **partir del 23 de noviembre de 2011**.

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

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD. Para LCDs con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la página de la lista de las LCD.

J9206: Irinotecan (Camptosar®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29208 (Florida)

Identificador de LCD: L29443 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “irinotecan (Camptosar®)” fue efectiva para los servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, basado en una solicitud de reconsideración, la indicación sin etiqueta de “metastatic breast cancer, refractory” fue añadida bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. También, los códigos diagnósticos ICD-9-CM 174.0-174.9 (Malignant neoplasm of female breast) fueron añadido bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de noviembre 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.

LCD Retirada

93451: Cardiac catheterization – LCD retirada

Identificador de LCD: L29090 (Florida)

Identificador de LCD: L29105 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “cardiac catheterization” fue recientemente revisada el 1 de enero de 2011. Desde entonces, se tomó la decisión de retirar la LCD basado en un análisis de data y estándares de práctica local.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD entrará en vigencia para servicios provistos **a partir del 1 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte B: J0630

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones para los contratistas sobre el pago de Medicare para medicinas y servicios médicos por incidentes biológicos. Las instrucciones también le provee a los contratistas un proceso para determinar si una medicina inyectable es usualmente auto administrada y por lo tanto, no cubierta por Medicare. Las directrices para la evaluación de drogas para la lista de medicinas inyectables auto administradas, excluidas, incidente a un servicio médico se encuentran en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para servicios provistos **a partir del 26 de diciembre de 2011**, la siguiente medicina ha sido añadida al MAC J-9 Parte B lista SAD.

- J0630-Inyección, calcitonin (salmon), hasta 400 unidades (Fortical, Miacalcin)

La evaluación de medicinas para añadir a la lista de self-administered drug (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables por monitorear la lista SAD para la adición o supresión de medicinas.

Las listas de SAD del First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través del CMS Medicare Coverage Database en:

http://medicareespanol.fcso.com/Drogas_auto-administradas/

Quimioterapia y servicios de inyección no relacionadas a quimioterapia e infusión

El departamento de análisis de data comprensivo evaluó HCPCS código J1642 (Injection, heparin sodium, [heparin lock flush], per 10 units). HCPCS código J1642 fue identificado como anormal basado en data de Medicare Part B extract and summary system (BESS) de julio hasta diciembre de 2010. La data reveló un índice de carrier a nación de 5.88 con Florida representando 39.59 por ciento de los dólares totales permitidos en la nación.

El patrón de facturación identificado durante el análisis de la data de reclamaciones de Florida Parte B indica un patrón de utilización que sugiere salidas de alto riesgo por facturación o pagos incorrectos. Medicare no permite un pago separado de heparina cuando es utilizado para facilitar un enjuague después de infusión de una medicina; tampoco un código de administración separado debería ser facturado por proveer la heparina. Por la publicación 100-04 de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12, Sección 30.5, "Si es efectuado para facilitar la infusión o inyección o hidratación, los siguientes servicios y artículos están incluidos y no son facturables separadamente:

1. *Uso de anestesia local;*
2. *IV de inicio;*
3. *Acceso a IV implantado, catéter subcutáneo o puerto;*
4. *Enjuague al terminar la infusión; y*
5. *Tubería estándar, jeringas y suministros."*

Formulario de Parte B

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

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

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

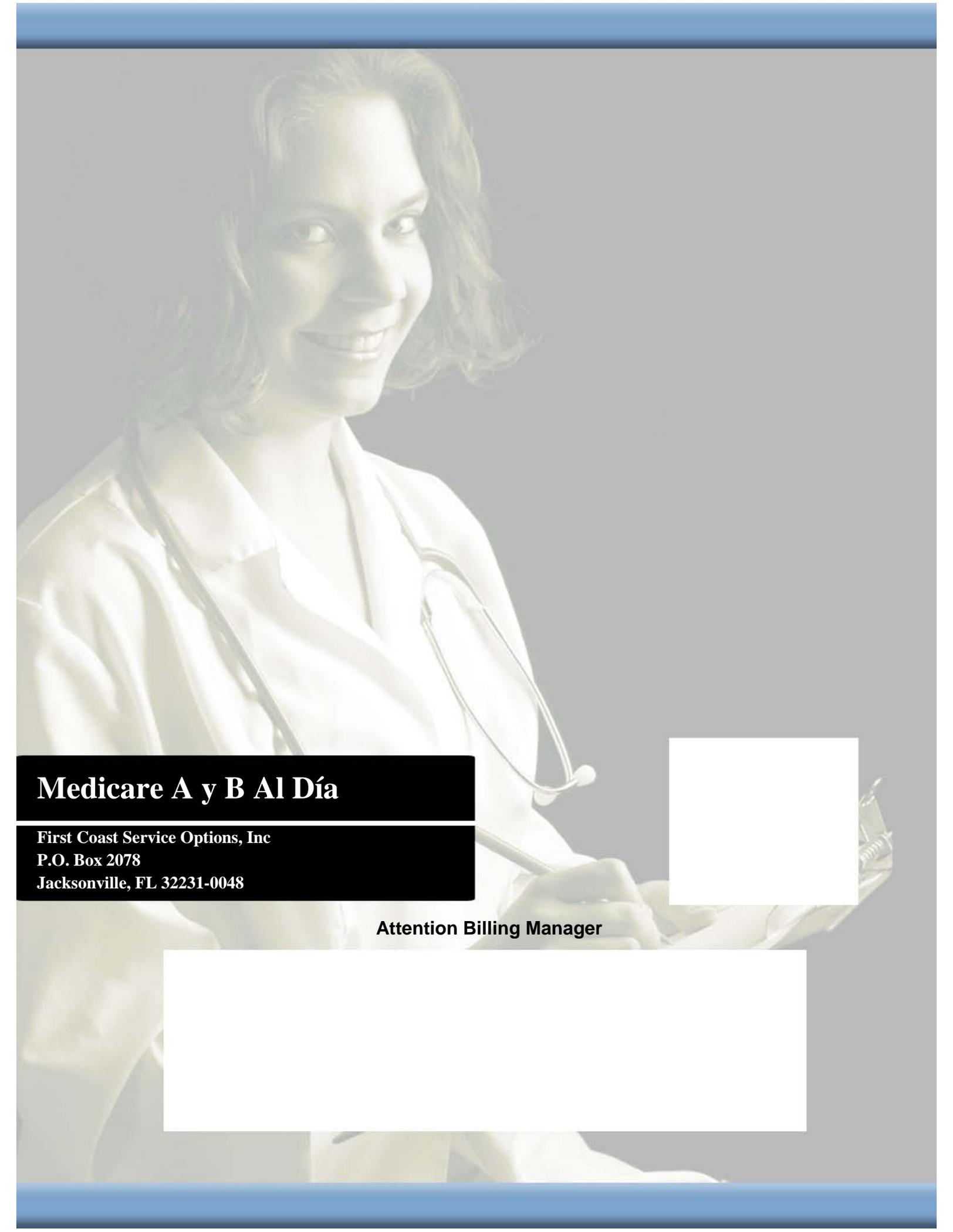
Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager