

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Diciembre 2011



Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales	40
Información para proveedores de la Parte A.....	41
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	52
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	60
Contactos de Parte A de Puerto Rico	61
Información para proveedores de la Parte B.....	62
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	70
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	78
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	79

CMS anuncia los primeros resultados del programa para mejorar el cuidado para los pacientes de diálisis

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) público los primeros resultados de un nuevo programa de pago por desempeño o compra basada en valor (value-based purchasing) para los centros de diálisis el cual está diseñado para ofrecer a los centros de salud pagos de incentivos para mejorar la calidad del cuidado para los pacientes con enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Cerca de 70 por ciento de los centros de diálisis que fueron evaluados bajo el programa no recibirán reducción de pago en el año de pago (PY) 2012, mientras que el restante 30 por ciento recibirá reducciones con un rango de 0.5 por ciento a 2.0 por ciento dependiendo de sus puntuaciones finales de desempeño.

El programa de incentivo de calidad (quality incentive program, QIP) ESRD evalúa el desempeño del centro de diálisis en un set de medidas de calidad las cuales reflejan áreas clave para el cuidado de diálisis. Los centros que fallen en cumplir los estándares de desempeño QIP durante un año de desempeño recibirán una reducción en sus índices de pago para los servicios de diálisis bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD en el próximo año.

Autorizados por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008, el ESRD QIP habilita a Medicare a pagar a los centros de diálisis basado en la calidad de la atención médica provista a los pacientes de Medicare con

ESRD, en vez de simplemente basado en la cantidad de la atención provista. Esta publicación incluye los datos de calidad que reflejan el desempeño de los centros de diálisis en 2010 y está diseñado para complementar las iniciativas de CMS existentes que buscan incentivar unos resultados clínicos mejorados al medir la calidad de la atención provista a los pacientes de Medicare en la diálisis.

“El propósito real de la compra basada en valor es el de alzar la barra de calidad y eso es exactamente lo que CMS está tratando de hacer para los pacientes de Medicare que tienen ESRD”, dijo la Administradora Interina de CMS, Marilyn Tavenner. “Esto es uno de muchos esfuerzos que CMS está realizando para alcanzar mejoras de calidad en todos los ambientes en las comunidades en todo el país”.

Para el programa PY 2012, CMS evaluó el desempeño del centro durante 2010 en un total de tres medidas de calidad: dos medidas de la administración de anemia y uno de adecuación de diálisis:

- Porcentaje de los pacientes de Medicare con un promedio de hemoglobina menos de 10 gramos por decilitro (g/dL) (bajo porcentaje deseado)

Continúa en la página 41



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3	Semana nacional de vacunación.....	35
Actualización trimestral para proveedores	4	Archivos finales programa de incentivo de atención primaria	36
Partes A y B		Tabla de tarifas de ambulancia.....	36
CMS: evitar pagos impropios	5	Esfuerzos para combatir fraude	36
Facturación de farmacia	6	Medicare Fraud and abuse.....	37
Mass immunizers and roster billing	6	Última versión de PC-ACE Pro32.....	37
Lista de códigos de terapia.....	7	Herramientas comparar opciones del cuidado de la salud.....	38
Prepárese licitación competitiva DMEPOS	7	Reembolsos no solicitados/voluntarios	38
Medidas de calidad para 2012	8	Healthcare provider taxonomy code.....	39
Actualización a requisitos AIC para ALJ	9	Recursos Educativos	
Paquete de aplicación de Shared Savings.....	9	Próximos eventos educativos	40
Plantilla revisada, precio promedio venta	9	Parte A	
Archivos de precio promedio de venta	9	Recuperación de pagos ESRD PPS	41
Calendario de licitación y esfuerzos de educación para programa DMEPOS	10	Actualizaciones de hojas informativas.....	42
Ley permite pacientes comparar opciones.....	10	Retención de reclamaciones de hospitales	43
Medicare DMEPOS competitive bidding program repairs and replacements	11	Disproportionate Share Hospital	43
“Medicare Overpayment Collection”	11	Cuota de solicitud de inscripción	43
Webcast ronda 2 y licitadores nacionales	11	Formulario de inscripción CMS-855A.....	44
Affordable Care Act: cuidado en el hogar.....	12	Actualización del índice de PPS	44
Recordatorio de inscripción para licitación	13	Actualizaciones al centro psiquiátrico.....	45
Ajuste de pago eRx 2012	14	Especificaciones de I/OCE	45
Valores límite para terapias	14	PPS PC Pricer del centro de rehabilitación	45
Actualización a tarifas de Medicare	15	Publicación fuera del ciclo del PPS	46
Consejería de abuso del alcohol	15	PPS PC Pricer del centro hospitalario psiquiátrico RY 2012 - corrección	46
Terapia enfermedades cardiovasculares.....	16	Actualizaciones centros de rehabilitación.....	46
Medicare cubre consejería para obesidad	17	Corrección - FY 2012 de hospitalización PPS PC Pricer.....	47
Recursos educativos profesionales de la salud	18	Actualizaciones de PC Pricer de SNF	47
Propuesta de cambios al calendario	18	Nuevo PEPPER.....	47
Pago y registro de datos de EHR	19	Extensiones reportar informes de costo	48
Comenzaron los programas de EHR.....	20	Facturando información hospitales acceso crítico	48
Declaración importante de Medicare	20	Gráficos	
Versión 5010 recursos disponibles.....	21	Datos de procesamiento de reclamación	49
Modificación de Medicare FFS parte B	21	Determinaciones Locales de Cobertura	
Periodo de cumplimiento a discreción.....	22	Tabla de contenido de LCD Parte A.....	52
Cambios adicionales de 5010	22	Ordenar materiales de Parte A	60
Política de servicio a tarifa de Medicare.....	23	Contactos Parte A de Puerto Rico	61
Prepararse para el 1 de enero para 5010	23	Parte B	
Regla final actualiza proporción pérdida	24	Inscripción para acreditación de ADI	62
Actualizaciones de código de ICD-10-CM	25	Información de certificación ADI	62
Transcripción de teleconferencia nacional	25	Modificación de reclamaciones	63
Todos los pagos a Medicare	26	Preguntas frecuentes programas incentivo	64
Acredítese ahora para ADI	26	Recursos revisados del MLN.....	64
“CMS electronic mailing lists”	26	Problema procesando reclamaciones	65
Políticas en la regla final CY 2012.....	27	Misinformación on Chiropractic Services	66
Actualización de cargos razonables	27	Medicare Remit Easy Print Software.....	66
Actualización tarifa fija, laboratorio clínico.....	28	Gráficos	
Se instruye a MAC retener reclamaciones	28	Datos de procesamiento de reclamación	67
How to use the searchable MPFS	29	Determinaciones Locales de Cobertura	
Revisión del índice de interés.....	29	Tabla de contenido de LCD Parte B	70
Outpatient Rehabilitation Services	29	Ordenar materiales de Parte B	78
Expansión de servicios de telesalud	30	Contactos Parte B de Puerto Rico	79
NPI completos no incluidos en informes	30		
Medicare como pagador secundario	30		
Detección de depresión en adultos	31		
Reporte de facturación estudios de conducción del nervio	31		
Observación Great American Smokeout	32		
Incentivo de pago de atención primaria.....	32		
Actualizaciones del MLN	33		
Medidas de calidad clínica	32		
CMS expande su presencia en Internet	34		
Folleto discontinuado	34		

Medicare A y B Al Día

Vol. 3, No. 12
Diciembre de 2011

Publications staff

Elvyn Nieves
Kathleen Cruz
Terri Drury
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© 2011 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© 2012 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.

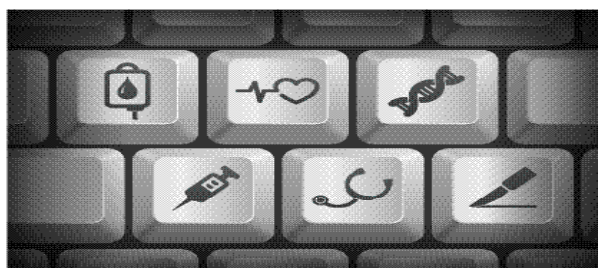
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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>.

Facturación

CMS anuncia nuevas demostraciones para ayudar a evitar pagos impropios de Medicare y Medicaid

Esfuerzos contribuyen con las disminuciones de 2011 de los pagos impropios en Medicare y Medicaid

En 2010, el Presidente anunció tres metas para cortar pagos impropios para el 2012: reducir los errores de pago en general a \$50 billones, cortar a la mitad el índice de error de servicio a tarifa (FFS) de Medicare, y recuperar \$2 billones en pagos impropios.

Para ayudar a alcanzar estas metas, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado que lanzarán programas de demostración comenzando en enero de 2012 dirigido a algunos de los factores más comunes que llevan a pagos impropios.

Proyectos que ahorran en costos ayudarán a proteger a Medicare y Medicaid

Comenzando el 1 de enero de 2012, CMS llevará a cabo proyectos de demostraciones que fortalecerán a Medicare al intentar eliminar el fraude, desperdicio, y abuso. Las reducciones en pagos impropios ayudarán a asegurar un mejor futuro del fondo fiduciario de Medicare y proteger a los beneficiarios de Medicare que dependen del mismo tal como:

- Revisión de prepago de auditoría de recuperación
- Autorización previa para cierto equipo médico
- Re facturación de Parte A a Parte B

Este pasado mayo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) anunció un proyecto piloto bajo el "Partnership Fund for Program Integrity Innovation" para poner a prueba una herramienta automatizada que detecta a los proveedores en riesgo de cometer fraude. Actualmente, HHS y los estados no tienen los datos estandarizados de Medicaid, lo cual obstaculiza la detección de fraude potencial. Si es satisfactoria, esta herramienta ayudará no solamente a prevenir los pagos impropios al detectar a los proveedores fraudulentos, sino que ayudará a los estados a enfocarse en sus recursos donde el fraude es más probable que ocurra.

Nuevos proyectos reafirman los ahorros de 2011

Los proyectos de 2012 anunciados reafirman los logros en el 2011 para reducir los índices de pagos impropios de Medicare y Medicaid.

CMS también reporta por primera vez un índice de pago impropio compuesto para el programa de medicamentos de prescripción médica de Medicare Parte D. El índice de pago impropio para Children's Health Insurance Program (CHIP) no será publicado hasta el 2012.

Mientras que los índices de pagos impropios no son necesariamente un indicador de fraude en Medicare, Medicaid, o CHIP, proveen a HHS, CMS, y a los estados con una evaluación más completa de los factores que llevan a los índices de error y nuevas formas para ayudar a prevenirlos.

CMS continúan invirtiendo tiempo y recursos para trabajar con los proveedores en todo el país y eliminar los errores a través del incremento y mejoramiento del adiestramiento, educación, y alcance.

La hoja informativa completa de CMS está disponible en <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4176>.

Hojas informativas adicionales emitidas el 15 de noviembre

- Hoja informativa de CMS sobre autorización previa – <https://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4168>
- Hoja informativa de CMS sobre refacturación – <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4169>
- Hoja informativa de CMS sobre demo de auditoría de recuperaciones (recovery audit, RAC) – <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4170>
- Hoja informativa de CMS sobre Medicaid – <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4171>
- Hoja informativa de CMS sobre Medicare D – <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet>.

Continúa en la página siguiente

CMS anuncia..(continuación)

[asp?Counter=4172](#)

- Hoja informativa de CMS sobre Medicare C – <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4175>
- Hoja informativa de CMS sobre pagos impropios de Medicare – <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4174>

También, vea White House Press Release – *We Can't Wait: Agencies Cut Nearly \$18 Billion in Improper Payments, Announce New Steps for Stopping Government Waste* – <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2011/11/15/we-can-t-wait-agencies-cut-nearly-18-billion-improper-payments-announce->

- Los datos de pagos impropios de la agencia son actualizados los martes por la tarde en www.paymentaccuracy.gov.

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

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 201111-34

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

Número de *MLN Matters*: MM7397 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7397
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de diciembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2368CP
 Fecha de implementación: 1 de enero de 2013

Resumen

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

medicamento implantada. Estas reclamaciones serán denegadas.

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7397, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2368CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2368, CR 7397

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

Hoja informativa disponible ‘Mass Immunizers and Roster Billing’

La nueva hoja informativa “*Mass Immunizers and Roster Billing*” (ICN 907275) está disponible para proveer educación sobre inmunizadores en masa y lista de facturación. También incluye información sobre los procedimientos simplificados de facturación para las vacunas contra la influenza y neumococo.

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 201112-07

Actualización anual 2012 a la lista de código de terapia

Número de *MLN Matters*: MM7648
Número de petición de cambio relacionado: 7648
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2350CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7648, la cual actualiza la lista de código de terapia para el año calendario (CY) 2012 al añadir el código *Current Procedural Terminology*® (CPT) 92618 (*Evaluation for prescription of non-speech-generating augmentative and alternative communication device, face-to-face with the patient; each additional 30 minutes (List separately in addition to code for primary procedure)*) a la lista “Always Therapy”.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7648.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7648, 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/R2350CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2350, CR 7648

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.

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

- Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anuncia el calendario de licitación
- Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (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 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

Continúa en la página siguiente

Prepárese...(continuación)

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.

Cada visita a la oficina es una oportunidad.

Pacientes de Medicare dan muchas razones para no recibir su vacuna anual contra la influenza, pero la verdad es que las temporadas de influenza son impredecibles y pueden ser severas. Cada año, se estima que un 90 por ciento de muertes relacionadas a influenza estacional y más de 60 por ciento de hospitalizaciones relacionadas a influenza estacional ocurren en personas de 65 años y mayores. Por favor hable con sus pacientes de Medicare sobre la importancia de obtener su vacunación anual contra la influenza. Y recuerde, vacunación es importante para trabajadores del cuidado de la salud también, quienes podrían esparcir la influenza a pacientes de alto riesgo. No olvide inmunizarse usted y su personal. Proteja sus pacientes. Proteja su familia. Protéjase usted mismo. Obtenga la vacuna contra la influenza – no la influenza.

Recuerde – la vacuna contra la influenza y su administración están cubiertos por la parte B beneficios. CMS ha publicado los límites de pago para la vacuna de la influenza estacional para 2011-2012 en http://www.CMS.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/10_VaccinesPricing.asp. Note que la vacuna contra la influenza no es una medicina cubierta por la parte D.

Para más información sobre cobertura y facturación de la vacuna contra la influenza y su administración, así como también recursos educacionales relacionados, visite: http://www.CMS.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp y <http://www.cms.gov/immunizations>.

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 201111-55

Aportación del grupo de partes interesadas sobre medidas de calidad para 2012

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complace en anunciar la disponibilidad de una lista de medidas de calidad y eficiencia siendo consideradas para adopción en el año calendario 2012.

Por los requisitos estatutarios de la Sección 3014 del Affordable Care Act, un nuevo “pre-proceso de reglamentación” federal ha sido establecido. Este proceso incluye, pero no está limitado a, hacer disponible al público para el 1 de diciembre una lista de medidas actualmente bajo consideración para programas cualificados, incluyendo medidas sugeridas

por el público y sujetas a la revisión de un grupo de partes interesadas y aportación (según convocado por el Foro nacional de calidad).

Para más información sobre este proceso, por favor visite www.CMS.gov/QualityMeasures/MultiStakeholderGroupInput.

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 201112-05

Actualización CY 2012 a los requisitos AIC para ALJ y apelaciones en la Corte de Distrito Federal

El Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) exige una reevaluación anual de la cantidad de dólares en controversia requerida para una audiencia ante el juez administrativo (administrative law judge, ALJ) (revisión de tercer nivel) o revisión en la Corte de Distrito Federal (quinto nivel). La cantidad que debe permanecer en controversia para las solicitudes de audiencia ALJ iniciadas el 31 de diciembre de 2011, o antes, es \$130. Esta cantidad permanece la misma para el año calendario 2012. La cantidad que debe permanecer en controversia para las solicitudes de revisión en la Corte de Distrito Federal iniciadas el 31 de diciembre de 2011, o antes, es \$1,300. Esta cantidad incrementa a \$1,350 para las apelaciones iniciadas en la Corte de Distrito Federal a partir del 1 de enero de 2012.

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

Fuente: CMS TDL 12113

Ahora disponible el paquete de aplicación del programa Shared Savings de Medicare en el sitio Web de CMS

La página Web de aplicación del programa Shared Savings, localizada en http://www.CMS.gov/sharedsavingsprogram/37_Application.asp, ha sido actualizada para incluir enlaces a la aplicación de notificación de intención (notice of intent, NOI) y el paquete completo de aplicación del programa Shared Savings. Usted encontrará los enlaces al NOI y solicitud en la sección de Downloads de la página Web. La aplicación completa incluye los siguientes documentos:

- Medicare Shared Savings Program application 2012
- Appendix A – electronic funds transfer (EFT)

authorization agreement (CMS Form 588)

- Appendix B – participant list
- Appendix C – data use agreement (DUA)
- Appendix D – application reference guide

Enviar el NOI es el primer paso en el proceso de aplicación. El segundo paso es enviar la aplicación y los documentos requeridos de acompañamiento.

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 201111-41

Ahora disponible plantilla revisada del precio promedio de venta

La plantilla revisada del precio promedio de venta (ASP) ahora está disponible en <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/>. Los fabricantes deben usar esta plantilla para enviar ASP a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) comenzando en enero de 2012.

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 201112-41

Ahora disponibles los archivos de precio promedio de venta de enero de 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el precio promedio de venta (ASP) de enero de 2012 los archivos no clasificados de otra forma (not otherwise classified, NOC), tablas de referencia y los archivos de precio actualizados para octubre de 2011 y julio de 2011. Todos están disponibles para descargar en: <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (vea el menú de la izquierda para los enlaces específicos por año).

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

Fuente: CMS PERL 201112-25

Calendario de licitación y esfuerzos de educación para el programa de licitación competitiva DMEPOS

Calendario de licitación

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado el calendario de licitación para el episodio 2 y las competencias nacionales de orden por correo del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS). Para ver el calendario, visite el sitio Web de Competitive Bidding Implementation Contractor (CBIC) en www.dmecompetitivebid.com.

Programa de educación

CMS también ha comenzado un programa completo de educación sobre licitación. Este programa está diseñado para asegurar que los suplidores DMEPOS interesados en licitar reciban la información y ayuda que ellos necesitan para enviar licitaciones completas en una forma oportuna. El CBIC es la fuente de información oficial para los licitadores y el punto focal para la educación del licitador. El sitio Web de CBIC, www.dmecompetitivebid.com, presenta un arreglo completo de información importante para los suplidores, incluyendo las reglas de licitación, directrices del usuario, hojas informativas sobre política, listas de cotejo, y tablas de información de licitación. El programa de educación también incluirá

webcasts que cubren todos los temas esenciales que los suplidores necesitan saber para licitar. Estos webcasts serán publicados en el sitio Web de CBIC y estarán disponibles 24 horas al día/7 días a la semana. Cuando un webcast es publicado, el CBIC anunciará su disponibilidad a través de un anuncio de actualización por email del CBIC. Para inscribirse y recibir los anuncios del webcast y otras informaciones clave de inscripción y de licitación, visite el sitio Web de CBIC en www.dmecompetitivebid.com y suscríbese a las actualizaciones por email.

Además de ver la información sobre el sitio Web de CBIC, los suplidores DMEPOS son exhortados a llamar al centro de ayuda del CBIC completamente gratis, 1-877-577-5331, con sus preguntas y preocupaciones.

Para ver el comunicado de prensa, haga clic en: www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp

Para ver la hoja informativa, haga clic en: www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp

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

Fuente: CMS PERL 201111-72

Ley de la atención médica permitirá a los pacientes comparar opciones y encontrar mejor valor

Los consumidores y empleadores tendrán la información de la atención médica que necesitan para realizar selecciones más informadas sobre su cuidado, gracias al Affordable Care Act, anunció los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en una regla final.

La regla ofrece a organizaciones calificadas, como los empleadores y grupos de consumidores, acceso a los datos que pueden ayudarlos a identificar a los proveedores de la atención médica que ofrecen servicios de alta calidad o crear herramientas en línea para ayudar a los consumidores a realizar selecciones educadas de la atención médica. La información que podría identificar a los pacientes específicos, sin embargo, no será publicada públicamente y serán puestas en vigor penalidades severas por cualquier uso indebido de los datos.

La regla final hace un número de cambios importantes a la regla propuesta original. La regla final hace menos costosos estos datos para las entidades calificadas, ofrece a las organizaciones calificadas más flexibilidad en su uso de los datos de Medicare para crear reportes de desempeño para los consumidores, y extiende el periodo de tiempo para que los proveedores de la atención médica revisen confidencialmente y apelen los reportes de desempeño antes que se conviertan públicos. La regla también incluye requisitos estrictos de privacidad y seguridad para proteger a los pacientes, a los proveedores de la atención médica, y los suplidores como también penalidades rigurosas por cualquier uso indebido de los datos de Medicare.

Para más información sobre la regla final, visite <http://www.CMS.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4205>.

La regla final sobre "Availability of Medicare Data for Performance Measurement" está en exhibición en la Oficina del Federal Register en http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2011-31232_PI.pdf o <http://www.archives.gov/federal-register/public-inspection>.

Para leer el comunicado de prensa completo, visite http://www.CMS.gov/apps/media/press_releases.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 201112-13

Hoja informativa revisada *The Medicare DMEPOS Competitive Bidding Program Repairs and Replacements*

El lunes, 12 de diciembre de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron unas reparaciones revisadas y política de reemplazo para el programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS). La política revisada continúa permitiendo a cualquier suplidor inscrito en Medicare reparar equipo médicamente necesario, propiedad del beneficiario cuando es necesario hacer útil el equipo. La política ahora considera reparar partes para incluir los componentes que son necesarios para reparar el equipo base, incluyendo baterías y ruedas. Adicionalmente, la hoja informativa provee directrices sobre facturar el componente de labor y las partes para la reparación para los beneficiarios que residen

en áreas de licitación competitiva.

La hoja informativa revisada "*The Medicare DMEPOS Competitive Bidding Program Repairs and Replacements*" (ICN 905283) está diseñada para proveer educación sobre las reparaciones y reemplazos bajo el programa de licitación competitiva de DMEPOS. Incluye información sobre los artículos y servicios que pueden ser provistos por contrato versus los suplidores no contratados.

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 201112-34

Nuevo podcast publicado sobre 'Medicare Overpayment Collection Process'

El *Medicare Learning Network*® (MLN) ha publicado la próxima en una serie de podcasts diseñados para proveer educación sobre cómo evitar errores comunes de facturación y estar en conformidad con los requisitos del programa de Medicare. El nuevo podcast "*Medicare Overpayment Collection Process*" (ICN 907563), publicado el jueves, 8 de diciembre de 2011, está diseñado para proveer educación sobre el proceso de colección de sobrepago de Medicare. Esto incluye información sobre la hoja informativa de MLN® titulada *The Medicare Overpayment Collection Process*, la cual describe la colección de los sobrepagos de Medicare al médico y suplidor.

Visite la página Web [MLN® Multimedia](#) para descargar

este y otros podcasts del MLN®. CMS también exhorta a los proveedores a visitar la página Web [MLN® Provider Compliance](#) para obtener los últimos productos educacionales. Esta página está diseñada para 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 para futuros podcasts del 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 201112-34

Ahora disponible: Nuevo webcast para la ronda 2 y licitadores nacionales por correo

El primero en una serie de webcasts educacionales para la ronda 2 y las competencias nacionales de orden por correo del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS) ahora está disponible en el sitio Web de Competitive Bidding Implementation Contractor (CBIC). Este webcast, "Welcome to Round 2 and National Mail-Order", provee información de historial sobre el programa e información sobre los recursos educacionales disponibles para ayudarle en la participación.

El webcast está disponible en demanda para ver a su conveniencia – 24 horas al día, los siete días a la semana. No hay un cargo para ver el webcast, y una transcripción también está publicada en el sitio Web. Para el webcast, vaya al sitio Web CBIC en www.dmecompetitivebid.com y seleccione "Bidding Suppliers: Round 2 & National Mail-Order" y luego seleccione "Education Events".

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) estarán emitiendo más webcasts más tarde en el programa de educación del licitador. Los webcasts por venir tratarán los temas tales como los requisitos de documentación financiera, la competencia nacional de orden por correo, los requisitos de licitación general, y cómo enviar una licitación en el sistema en línea, DBidS. Puesto que cada webcast es publicado, anunciaremos su disponibilidad a través de una actualización por email. Si usted todavía no lo ha hecho así, inscríbese en el sitio Web de CBIC para recibir estos anuncios y otras actualizaciones sobre el programa de licitación competitiva.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, contacte el centro de servicio al cliente de CBIC totalmente

Continúa en la página siguiente

Ahora disponible...(continuación)

gratis al 877-577-5331 de 9 a.m. to 9 p.m. ET, de lunes a viernes, en los periodos de inscripción y licitación.

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 201112-43

Nueva demostración del Affordable Care Act proveerá cuidado en el hogar para los pacientes de Medicare

Demostración de ley de la reforma del cuidado de la salud mejora la atención médica, baja los costos para las personas mayores y personas con discapacidades

Hasta 10,000 pacientes de Medicare con condiciones crónicas ahora podrán obtener la mayoría de la atención médica que ellos necesitan en el hogar bajo una nueva demostración anunciada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

“Este programa ofrece nueva vida a la antigua práctica de visitas al hogar, pero con tecnología del siglo 21 y un enfoque en equipo”, dijo la Administradora Interina de CMS Marilyn Tavenner.

Creado por el Affordable Care Act, el nuevo Independence at Home Demonstration expande grandemente el alcance de los servicios en el hogar que los beneficiarios de Medicare pueden recibir. El Independence at Home Demonstration proveerá a los pacientes enfermos crónicamente con un rango completo de servicios de la atención primaria. La participación en la demostración es voluntaria para los beneficiarios de Medicare.

“En mis días como enfermera practicante, vi muchos pacientes cuya salud mejoró cuando estaban más contentos con sus condiciones de vida”, dijo Tavenner. “Cuando un paciente enfermo de gravedad puede permanecer en un ambiente familiar, los beneficios son muchos: la persona retiene mayor control de su vida diaria, familias y cuidadores reportan mayor satisfacción con el cuidado, y las hospitalizaciones innecesarias son evitadas”.

CMS se unirá con las prácticas médica para probar la efectividad de ofrecer servicios de la atención primaria en un ambiente del hogar para mejorar la atención médica para los beneficiarios de Medicare con múltiples condiciones crónicas. Las prácticas médicas dirigidas por médicos o enfermeras practicantes proveerán visitas al hogar de la atención primaria personalizadas a las necesidades de los beneficiarios con múltiples condiciones crónicas y limitaciones funcionales.

La demostración compensará a los proveedores del cuidado de la salud que muestran una reducción en los gastos de Medicare a través de un pago de incentivo si ellos tienen éxito proveyendo un cuidado de alta calidad mientras reducen los costos. CMS utilizará las medidas de calidad para asegurar que los beneficiarios experimentan una atención de alta calidad.

Las prácticas médicas elegibles para participar en la demostración deben incluir los médicos o enfermeras practicantes que tienen experiencia ofreciendo cuidados primarios basados en el hogar. Hasta 50 prácticas serán seleccionadas y cada una debe servir al menos 200 beneficiarios de servicio a tarifa (FFS) de Medicare con múltiples condiciones crónicas y limitaciones funcionales. Las prácticas en la demostración serán responsables de coordinar la atención del paciente con otros profesionales de la salud y servicio social.

La nueva demostración es una en una serie de iniciativas de CMS para construir un programa de Medicare que ofrece a los beneficiarios una mejor atención y mejor salud a un bajo costo. Estará apoyado por el CMS Innovation Center, el cual fue creado por el Affordable Care Act para desarrollar y probar nuevos modelos de la entrega de servicios de la salud y pago, y dispersar las mejores prácticas a través de todo el sistema de la atención médica.

Las aplicaciones y cartas de intención, si es aplican, deben entregarse para el 6 de febrero de 2012. Información adicional sobre esta demostración, incluyendo cómo aplicar, pueden encontrarse en http://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/IAH_FactSheet.pdf.

Preguntas sobre esta demostración pueden ser enviadas a CMS al: IndependenceAtHomeDemo@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 201112-44

Recordatorio de inscripción para la licitación competitiva DMEPOS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean recordarles a todos los suplidores interesados en participar en la ronda 2 y en las competencias nacionales del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS) que la inscripción para obtener los ID de usuarios y contraseñas está abierta. Si usted está interesado en licitar, usted debe designar a un oficial autorizado (authorized official, AO) (para aquellos listados en su formulario de inscripción CMS-855S) para actuar como su AO para propósitos de inscripción, y su AO debe inscribirse.

CMS urge con insistencia a todos los AO a que se inscriban a más tardar el 22 de diciembre de 2011, para asegurar que los AO tienen tiempo para designar otros empleados suplidores para usar el “DMEPOS online bidding system” (DBidS).

Cuando abra la licitación, los suplidores necesitarán presentar sus licitaciones utilizando DBidS. Para ayudar a asegurar seguridad y privacidad en la licitación, los suplidores interesados en licitar deben primero inscribir a todos los empleados que ingresarán información en DBidS, y aquellos empleados deben obtener un ID de usuario y contraseña a través del sistema “individuals authorized access to CMS computer services” (IACS). Solamente los empleados de los suplidores que tengan un ID de usuario y contraseña podrán acceder DBidS; los suplidores que no estén inscritos no podrán licitar.

Después que un AO se inscriba satisfactoriamente, el AO puede designar otros oficiales autorizados en el CMS-855S para servir como oficiales de respaldo autorizados (backup authorized officials, BAO). El AO y los BAO pueden designar otros empleados suplidores como usuarios finales (end users, EU). Los BAO y los EU deben también inscribirse para un ID de usuario y contraseña para poder usar el sistema de licitación en línea. El nombre, fecha de nacimiento, y número de Seguro Social (SSN) del AO y los BAO deben concordar exactamente con lo que está en archivo con el “national supplier clearinghouse” (NSC) para inscribirse satisfactoriamente.

Inscribirse ahora permite a los AO y/o BAO tiempo para corregir los registros NSC del suplidor si su nombre, fecha de nacimiento, y SSN no concuerda con lo que está en archivo en el NSC. CMS recomienda que los BAO se inscriban a más tardar el **12 de enero de 2012**, para que puedan ayudar a los AO con la aprobación de inscripción de los EU.

La inscripción cerrará el **9 de febrero de 2012, a las 9 p.m. prevaleciendo el Tiempo del Este** – ningún AO, BAO, o EU puede inscribirse después de que cierre la inscripción.

Para inscribirse, vaya al sitio Web Competitive Bidding Implementation Contractor (CBIC) www.dmecompetitivebid.com y haga clic en “Registration is Open” arriba del reloj de inscripción de la página de inicio. Favor de revisar el *IACS Reference Guide* publicada en el sitio Web para las instrucciones paso a paso de inscripción. Usted también encontrará una hoja de cotejo de inscripción y una guía rápida por pasos en el sitio Web de CBIC. Si usted tiene preguntas sobre el proceso de inscripción, contacte al centro de servicio al cliente de CBIC al 1-877-577-5331.

El CBIC es la fuente oficial de información para los licitadores. Todos los suplidores interesados en la licitación son exhortados a que se inscriban para actualizaciones por email en la página de inicio del sitio Web de CBIC. Para información sobre la ronda 2 y la competencia nacional de orden por correo, incluyendo los materiales de educación sobre la licitación, refiérase a los recursos localizados bajo “Bidding Suppliers: Round 2 & National Mail-Order” en el sitio Web de CBIC.

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 201112-40

Ajuste de pago eRx 2012: Evaluación y aplicación

Número de *MLN Matters*: SE1141
 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 de edición especial del *MLN Matters*[®] describe cómo el ajuste de pago de prescripción médica electrónica (eRx) 2012 fue calculado y aplicado para los profesionales elegibles individuales, y las prácticas de grupo que participan en la opción de reporte de práctica de grupo (group practice reporting option, GPRO) eRx.

Los profesionales elegibles que cumplieron los criterios de inclusión del ajuste de pago eRx, pero que fallaron en cumplir los requisitos de reporte en el 2011, pueden recibir el ajuste de pago eRx 2012 el 1 de enero de 2012. El ajuste de pago eRx 2012 por no ser un suscriptor electrónico satisfactorio resultará en el recibo de un profesional elegible o práctica de grupo participante en eRx GPRO de 99 por ciento (1 por ciento menos) de su cantidad de tarifa fija del médico (PFS) de Medicare Parte B que sería de otra forma aplicada a tales servicios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1141.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1141

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.

Cobertura y Reembolso

Valores límite para terapias para el año calendario 2012

Número de *MLN Matters*: MM7529 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7529
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2351CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

El Balanced Budget Act of 1997 estableció límites para terapia, los cuales cambian anualmente, para los pacientes de la Parte B de Medicare. El Deficit Reduction Act del 2005 le permitió a Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) establecer un proceso para excepciones para límites de terapias para servicios médicos necesarios. El Affordable Care Act extendió las excepciones para los límites de terapia hasta el 31 de diciembre del 2010. Sin embargo, el Medicare and Medicaid Extenders Act (MMEA) del 2010 extendió las excepciones para los límites de terapia hasta el CY 2011. Límites para terapias para el 2012 será \$1,880. El proceso de excepciones continuará sin cambios por el periodo de tiempo direccionado por el Congreso.

Note que las limitaciones aplican a servicios para pacientes externos y no aplican a residentes de centros de enfermería especializada (SNF) en una estadía cubierta por la Parte A, incluyendo camas de uso múltiple. Servicios de rehabilitación están incluidos dentro del pago global por día de la parte A que el SNF recibe bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) para la estadía cubierta.

Además, las limitaciones no aplican a servicios de terapia facturados bajo el PPS para los servicios de salud en el hogar, centros hospitalarios, o el departamento de pacientes externos de los hospitales (incluyendo acceso crítico a los hospitales).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7529.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7529, 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/R2351CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2351, CR 7529

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

Actualización a las tarifas de Medicare para deducibles, coaseguro y primas para el 2012

Número de *MLN Matters*: MM7567 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7567
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de diciembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R74GI
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012



Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7567, la cual provee las tarifas de Medicare para deducibles, coaseguro y cantidades de pagos de primas para el año calendario (CY) 2012.

2012 Parte A – seguro de hospital (HI)

El beneficiario es responsable de la cantidad de deducible del paciente hospitalizado, la cual es deducida de la cantidad pagable por el programa de Medicare al hospital por servicios para paciente hospitalizado provistos durante días de enfermedad. El deducible por hospitalización para el 2012 es \$1,156.00. Cantidades de coaseguro son mostradas a continuación:

Coaseguro de Hospital		Coaseguro del centro de enfermería especializada
Días 61-90	Días 91-150 (días de reserva de por vida)	Días 21-100
\$289.00	\$578.00	\$144.50

2012 Parte B – seguro médico suplementario (SMI)

Bajo la parte B del programa del seguro médico suplementario (SMI), todos los afiliados están sujetos a una prima mensual. La mayoría de los servicios SMI están sujetos a un deducible anual y coaseguro (porcentaje de costos que el afiliado debe pagar), que se establecen por ley.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7567.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7567, 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/R74GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 74, CR 7567

Intervenciones de consejería del comportamiento y detección en la atención primaria para reducir el abuso del alcohol

Número de *MLN Matters*: MM7633
 Número de petición de cambio relacionado: 7633
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2011
 Fecha de efectividad: 14 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R138NCD y R2358CP
 Fecha de implementación: 27 de diciembre para las modificaciones del sistema del contratista de Medicare; 2 de abril de 2012, para las modificaciones del sistema compartido de Medicare; y el 2 de julio de 2012 para los exámenes de consultas del proveedor y los cambios al "health insurance correction request" (HICR)

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 14 de octubre de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) cubrirán el examen anual de alcohol, y para aquellos cuyo resultado sea positivo, se ofrecerá hasta cuatro intervenciones anuales de consejería del comportamiento cara a cara para los beneficiarios de Medicare, incluyendo mujeres embarazadas:

Continúa en la página siguiente

Intervenciones...(continuación)

- Abuso del alcohol, pero cuyos niveles o patrones del consumo de alcohol no cumplen los criterios para la dependencia del alcohol
- Son competentes y alertas a la hora que la consejería es provista, y
- Consejería es prestada por médicos calificados del cuidado primario u otros practicantes del cuidado primario en un ambiente del cuidado primario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7633.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7633, 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/R138NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2358CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 138, CR 7633

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2358, CR 7633

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.

Terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares

Número de *MLN Matters*: MM7636

Número de petición de cambio relacionado: 7636

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2011

Fecha de efectividad: 8 de noviembre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R137NCD y R2357CP

Fecha de implementación: 27 de diciembre para ediciones locales de sistemas de contratistas de Medicare; 2 de abril 2 de 2012, para ediciones de sistemas compartidos de Medicare; y 2 de julio de 2012, filtros de CWF de proveedores y cambios de HICR

Resumen

Efectivo el 8 de noviembre de 2011, Medicare cubrirá la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares si el servicio es provisto por un profesional de la salud en un ambiente de cuidado primario como el médico de medicina familiar del beneficiario, médico de medicina interna o enfermera en oficina médica. Esta terapia consiste de los tres componentes a continuación:

- Exhortar el uso de aspirina como prevención primaria de enfermedades cardiovasculares cuando los beneficios superan los riesgos en hombres dentro de las edades 45-79 y mujeres dentro de las edades 55-79
- Detección de presión alta en adultos mayores de 18 años
- Consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable para adultos con hiperlipidemia, hipertensión, edad avanzada y otros factores de riesgo conocidos para enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas relacionadas a la dieta

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7636.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7636, 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/R137NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2357CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 137, CR 7636

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2357, CR 7636

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

Medicare cubre chequeo y consejería para obesidad

Decisión añade un servicio preventivo para beneficiarios de Medicare

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunció que Medicare está añadiendo cobertura para servicios preventivos para reducir la obesidad. Esto le añade al portfolio existente de Medicare de servicios preventivos que están ahora disponibles sin compartir el costo bajo el Affordable Care Act. Esto complementa la iniciativa “Million Hearts” dirigida conjuntamente por CMS y los Centros para el control y la prevención de enfermedades en asociación con otras agencias de Salud y servicios humanos (HHS), comunidades, sistemas de salud, organizaciones sin fines de lucro y socios del sector privado a través del país para prevenir un millón de ataques al corazón y derrames cerebrales en los próximos cinco años.

“La obesidad es un reto que enfrentan los estadounidenses de todas las edades, y la prevención es crucial para el manejo y eliminación de obesidad en nuestro país,” dijo el administrador de CMS Donald M. Berwick, MD. “Es importante para los pacientes de Medicare que disfruten del acceso a servicios apropiados de chequeo y prevención.”

Está estimado que más del 30 por ciento de los hombres y mujeres en la población de Medicare son obesos. La obesidad esta directa o indirectamente asociada con muchas enfermedades crónicas, incluyendo esas que afectan desproporcionadamente a minorías raciales y étnicas como enfermedades cardiovasculares y diabetes. Trabajar con la prevención de disparidades relacionadas con la obesidad tiene el potencial de reducir la prevalencia de la obesidad a la vez que va cerrando la brecha en las disparidades de salud entre los beneficiarios de Medicare.

El chequeo y la consejería para obesidad para beneficiarios elegibles por proveedores de cuidado primario en lugares como oficinas médicas están cubiertos bajo este nuevo beneficio. Para un beneficiario que resulte positivo a obesidad con un índice de masa corporal (BMI) de ≥ 30 kg/m², el beneficio incluiría una visita de consejería en persona semanal por un mes y una visita de consejería en persona cada 2 semanas por cinco meses adicionales. El beneficiario puede recibir una visita de consejería en persona cada mes por seis meses adicionales (para un total de 12 meses de consejería) si él o ella han alcanzado una reducción de peso de al menos 6.6 libras (o 3 kilogramos) durante los primeros seis meses de consejería.

“Esta decisión es un paso importante para alinear el portfolio de servicios preventivos de Medicare con evidencia y trabajar factores de riesgo para enfermedades,” dijo Patrick Conway, MD, MSc, Director médico de CMS y Director de la Oficina de estándares clínicos y calidad de la Agencia. “Nosotros en CMS estamos cuidadosa y sistemáticamente revisando la mejor evidencia médica disponible para identificar esos servicios preventivos que puedan mantener a los beneficiarios de Medicare lo más saludable posible por el mayor tiempo posible.”

Hasta finales de octubre, 22.6 millones de personas con Medicare original han recibido uno o más de los servicios preventivos cubiertos libres de costo este año.

Para leer la decisión final sobre la nueva determinación de cobertura nacional, visite el sitio Web de CMS en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/nca-decision-memo.aspx?&NcaName=Intensive%20Behavioral%20Therapy%20for%20Obesity&bc=ACAAAAAIAAA&NCAId=253&>.

Para más información sobre “Million Hearts”, por favor visite millionhearts.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 201111-71

Servicios preventivos y recursos educacionales para los profesionales del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*: SE1142
 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

Medicare cubre una amplia variedad de servicios preventivos y pruebas de detección para los beneficiarios elegibles. El *Medicare Learning Network*[®] (MLN) ofrece una variedad de productos educacionales para ayudarle a entender cobertura, codificación, reembolso, e información de facturación relacionada a estos servicios.

Aproveche cada oportunidad para exhortar a sus pacientes a recibir los servicios preventivos para los cuales ellos son elegibles. Los pacientes de Medicare pueden visitar la página Web Medicare.gov en <http://www.medicare.gov> para enterarse de la información



relacionada al beneficiario y los recursos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1142.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1142

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.

EHR

Propuesta de cambios al calendario del uso significativo fomenta la adopción de EHR

En respuesta a la aportación significativa de múltiples partes interesadas, testimonios de expertos e incontables horas de revisión, análisis y deliberación, el Department of Health & Human Services (HHS) *anunció* su intención de retrasar el comienzo de la etapa 2 del *uso significativo* para los programas de incentivo del registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid por un periodo de un año para aquellos atestando por primera vez al uso significativo en el 2011. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) tiene la intención de proponer tal retraso en la etapa 2 del uso significativo aviso de la reglamentación propuesta (NPRM), lo cual está previsto a ser publicado en febrero de 2012.

¿Por qué CMS tomó esta decisión?

La contribución de la comunidad de distribuidores y la comunidad de proveedores hace claro que el itinerario actual de conformidad con los objetivos del uso significativo de la etapa 2 en el 2013 plantea un reto para aquellos que están *atestando* al uso significativo en el 2011.

El calendario actual le requeriría a los distribuidores de EHR diseñar, desarrollar y publicar una nueva funcionalidad, y a los proveedores actualizar, implementar y comenzar a utilizar la nueva funcionalidad tan temprano como octubre de 2012.

¿Cuáles son los beneficios del retraso propuesto?

CMS cree que un retraso propuesto será beneficioso por varias razones:

- CMS espera que esto le dé a los distribuidores tiempo adicional para desarrollar tecnologías certificadas de EHR para la etapa 2, así como también darles a los proveedores tiempo adicional para implementar nuevo software y alcanzar los nuevos requisitos de la etapa 2.
- CMS también tiene la intención de proponer mantener la expectativa actual para los que están atestando al uso significativo en el 2012, para que todos los proveedores atestando al uso significativo en el 2011 o 2012 comiencen la etapa 2 en el 2014.

Continúa en la página siguiente

Propuesta...(continuación)

- CMS cree que esto provee un incentivo adicional para que los proveedores atesten en el uso significativo en el 2011 y premiar a los primeros participantes.

Bajo los programas de incentivo de Medicare y Medicaid EHR, los proveedores que atesten temprano reciben incentivos mayores. Y ahora aquellos proveedores los cuales por primera vez atesten en el 2011 son elegibles para tres años de pago por cumplir con los criterios de la etapa 1, mientras que aquellos que atesten por primera vez en el 2012 solo pueden tener dos años de pago bajo los criterios de la etapa 1.

¿Los participantes del programa de Medicaid son afectados?

Como los proveedores de Medicaid pueden recibir un pago de incentivo para adoptar, implementar o actualizar a la tecnología certificada de EHR en su primer año de participación en el [programa de incentivo de Medicaid EHR](#), los proveedores de Medicaid todavía podrán atestar a la etapa 1 de uso significativo para los próximos dos años (primero por un periodo de 90 días, luego por un periodo de 365 días).

Por lo tanto, la mayoría de los proveedores de Medicaid no atestan a los requisitos de la etapa 2 hasta 2014 como temprano.

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR?

Asegúrese de visitar el sitio Web de programas de incentivo de EHR para las últimas noticias y actualizaciones sobre los [programas de incentivo de EHR](#).

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

Fuente: CMS PERL 201112-21

Pago y registro de datos de programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha creado una nueva [página Web](#) donde usted puede encontrar pago y registro de datos del programa de incentivo de archivo electrónico de salud (EHR) de Medicare and Medicaid. La página incluye información actualizada sobre los programas hasta octubre 2011. La nueva página será su recurso para actualizaciones sobre la inscripción al programa, pago y el estado que Medicaid lance.

La página de *Reportes e información* incluye la siguiente información:

- Un mapa que ilustra un desglose del estado de pagos a proveedores de Medicare y Medicaid
- Un mapa que ilustra un desglose del estado de inscripción por proveedores de Medicaid y Medicare
- Un mapa que ilustra un desglose del estado de inscripción por proveedores de Medicare.
- Un mapa que ilustra un desglose del estado de inscripción por proveedores de Medicaid
- Reporte de estado individual de registrantes y pagos
- Actualizaciones de lanzamientos del programa de EHR de Medicaid
- Lista de beneficiarios de los pagos del programa de incentivo de Medicare EHR

Usted puede utilizar los mapas para ver como su estado se compara a otros en [inscripción](#) y totales de [pago](#) para los programas de incentivo de EHR.

Destaques de octubre

A continuación hay algunos puntos de interés sobre los programas de incentivo de EHR de información hasta octubre 2011 que ahora aparecen en la nueva página:

- Sobre 135,000 proveedores de Medicare y Medicaid se han inscrito para los programas
- Sobre \$525 millones en pagos de Medicare han sido provistos a profesionales elegibles y hospitales elegibles

Sobre \$710 millones en pagos de Medicaid han sido provistos a profesionales elegibles y hospitales elegibles

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR?

Asegúrese de visitar el [sitio Web de los programas de incentivo de EHR](#) para las últimas noticias y actualizaciones de los programas de incentivo de EHR.

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

Fuente: CMS PERL 201112-15

Arkansas, Delaware, Montana, New Jersey, New York, y North Dakota comenzaron este mes los programas EHR de Medicaid

El lunes, 7 de noviembre de 2011, el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicaid comenzó en Arkansas, Delaware, Montana, New Jersey, New York, y North Dakota. Esto significa que los profesionales elegibles (EP) y los hospitales elegibles en estos seis estados podrán completar su inscripción en el programa de incentivo. Más información sobre el programa de incentivo EHR de Medicaid puede encontrarse en la página [Medicare and Medicaid EHR Incentive Program Basics](#) del sitio Web de EHR de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Si usted es un residente de Arkansas, Delaware, Montana, New Jersey, New York, o North Dakota, y es elegible para participar en el programa de incentivo EHR de Medicaid, visite el sitio Web de la agencia de Medicaid de su estado para más información sobre la participación del estado en el programa de incentivo EHR de Medicaid. Haga clic en uno de los estados a continuación para acceder su sitio Web.

- [Arkansas](#)
- [Delaware](#)
- [Montana](#)
- [New Jersey](#)
- [New York](#)
- [North Dakota](#)

Desde el lunes, 7 de noviembre de 2011, 39 estados han comenzado los programas de incentivo EHR de Medicaid; y hasta octubre, 23 estados han emitido pagos de incentivo a los EP de Medicaid y los hospitales elegibles que han adoptado, implementado, o actualizado tecnología EHR certificada. CMS espera anunciar los comienzos de los programas en estados adicionales en los próximos meses.

Para una lista completa de los estados que ya han comenzado participación en el programa de incentivo EHR de Medicaid, vea la página [Medicaid State Information](#) en el sitio Web de EHR de CMS.

¿Desea más información sobre los programas de incentivo EHR?

Asegúrese de visitar el sitio Web [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 201111-42

HIPAA

Declaración importante de Medicare FFS sobre las versiones 5010 y D.0

El 17 de noviembre de 2011, la Oficina E-Health Standards and Services (OESS) de CMS anunció que no iniciaría acciones de aplicación hasta el sábado, 31 de marzo de 2012, con respecto a cualquier entidad cubierta por HIPAA que no está en cumplimiento con la versión ASC X12 5010 (versión 5010), NCPDP Telecom D.0 (NCPDP D.0), y los estándares NCPDP Medicaid Subrogation 3.0 (NCPDP 3.0). A pesar de la implementación discrecional de OESS de su autoridad de aplicación, la fecha de conformidad para uso de estos nuevos estándares sigue siendo el domingo, 1 de enero de 2012 (los planes de salud pequeños tienen hasta el martes, 1 de enero de 2013, para cumplir con NCPDP 3.0).

Los servicios a tarifa (FFS) de Medicare pronto emitirán dirección a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) sobre cómo estas transacciones deben ser procesadas comenzando el 2 de enero de 2012. Las directrices adicionales relacionadas a Medicare FFS estarán disponibles vía mensajes de listserv y en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid.

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

Fuente: CMS PERL 201111-49

Versión 5010 recursos disponibles para ayudar a la transición

La fecha límite para la transición a la versión 5010 está solo a 39 días

Estamos a solo 39 días de la transición a la versión 5010 y envuelve cambios importantes de sistema y negocios a lo largo de toda la industria del cuidado de la salud. Mientras la fecha límite, 1 de enero de 2012 se acerca, Centros de Servicios de Medicare & Medicaid Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está comprometido a ayudarte a preparar mejor para la transición a la versión 5010 proveyendo recursos en el sitio Web de CMS ICD-10 para entender y manejar su transición.

Plazos de cumplimiento y dispositivo

CMS ha creado un *dispositivo* interactivo, y plazos de cumplimiento correspondientes para imprimir, para ayudarte a recordar los elementos de acción importantes y alcanzar el hecho crucial del cambio a la versión 5010 y ICD-10. El dispositivo y los plazos de cumplimiento están hechos a la medida para ayudar a manejar los procesos de implementación para:

- [Consultorías de proveedores grande](#)
- [Consultorías de proveedores pequeña](#)
- [Pagadores](#)
- [Proveedores](#)

Manuales de Implementación

CMS ha desarrollado cuatro manuales de implementación los cuales proveen información detallada para la planificación y ejecución de los procesos de transición a la versión 5010 y ICD-

10. Estas guías y sus plantillas personalizables le pueden ayudar a clarificar roles de personal, a fijar fechas límites y evaluar cuan preparados están los proveedores. Escoge el manual que más le aplique basado en su organización:

- [Consultorías de proveedores grande](#)
- [Pagadores](#)
- [Hospitales pequeños](#)
- [Consultorías de proveedores pequeñas/mediana](#)

Hoja informativa para probar cuan preparado está para la versión 5010

CMS también ha desarrollado una *hoja informativa para probar cuan preparado está para la versión 5010*, la cual explica la transición a la versión 5010 y pruebas necesarias para la fase I interna y la fase II externa. Esta hoja informativa puede ayudarle a determinar los pasos para completar las fases de prueba para la versión 5010 exitosamente, y ayudarle a asegurarse que usted cumpla para el 1 de enero de 2012.

Manténgase al día sobre la versión 5010 y ICD-10

Por favor visite el sitio Web de ICD-10 para las últimas noticias y recursos para ayudarle a preparar, 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 201111-61

Modificación de Medicare FFS Parte B del NDC

Efectivo el 9 de diciembre el servicio a tarifa (FFS) de Medicare cortó el ASC X12 actual versión 5010 de módulo de mejoras y modificación común (common edit and enhancements module, CEM) código nacional de medicamento (national drug code, NDC) modificación de validación para Medicare Parte B. La modificación NDC específica siendo cortada es el loop ID 2410 LIN03 y requiere que la NDC sea validada con la lista de código NDC de la Food and Drug Administration's (FDA). Una modificación NDC de reemplazo será implementada en la Parte B CEM para la publicación trimestral del sistema compartido de enero de 2012, el cual realizará modificaciones sintácticas solamente de la NDC enviada en el loop ID 2410 LIN03.

Un anuncio similar será diseminado cuando la modificación NDC de Parte A sea desactivada.

Historial del código nacional de medicamento

El NDC es un identificador de producto único usado por medicamentos para uso humano y es usado para reportar medicamentos prescritos y

productos biológicos cuando es requerido por regulación del gobierno, o es estimado por el proveedor para mejorar el reporte de reclamación o procesos de adjudicación. El Drug Listing Act of 1972 requiere que los establecimientos registrados de medicamentos provean a la FDA una lista actual de todos los medicamentos manufacturados, preparados, propagados, compuestos, o procesados para distribución comercial. Los productos de medicamentos son identificados y reportados utilizando la NDC.

El NDC es un número único expresado en tres secciones. Este número identificador es asignado a cada medicamento listado bajo la Sección 510 del US Federal Food, Drug, and Cosmetic Act. Las secciones identifican el etiquetador o vendedor, el producto (dentro del alcance del etiquetador), y el tipo de paquete (de este producto). Los documentos ASC X12 TR3 estipulan que la expresión 5-4-2 de los valores NDC deben ser usados. Sin embargo, la FDA no tiene una versión de la NDC en ese formato (5-4-2). Por lo tanto, los Centros de Servicios de Medicare &

Continúa en la página siguiente

Modificación..(continuación)

Medicaid (CMS) han creado una versión de la NDC en el byte 11 numérico NDC derivativo, el cual rellena las secciones de código del producto (cuatro posiciones) o código del paquete (dos posiciones) de la NDC con un cero al principio, de esta forma resultando en un largo fijo de configuración 5-4-2.

Información adicional sobre la versión 5010, NCPDP

D.0, y NCPDP 3.0 está disponible en www.CMS.gov/Versions5010andD0.

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 201112-37

Periodo de cumplimiento a discreción para la Versión 5010

Cómo cambios a la versión 5010 modifican su transición

Periodo de cumplimiento a discreción de 90 días para cumplir con la fecha límite de la versión 5010

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recientemente anunció un periodo de cumplimiento a discreción de 90 días para todas las entidades cubiertas por HIPAA sobre la transición a la versión 5010 (ASC X12 versión 5010).

La fecha límite para la implementación de la versión 5010 es todavía el 1 de enero de 2012; sin embargo, CMS no iniciará la acción de cumplimiento hasta el 31 de marzo de 2012. CMS tomó esta decisión basado en los comentarios de la industria que muchas organizaciones y sus socios de negocios todavía no estaban listos para finalizar las actualizaciones del sistema para esta transición.

CMS le exhorta a que continúe las pruebas internas y externas de las transacciones de la versión 5010 con socios de negocios para asegurar conformidad con la versión 5010. A pesar de que la acción de cumplimiento no se tomará antes del 31 de marzo de 2012, es importante que continúe moviéndose adelante para cumplir con los requisitos para la versión 5010 lo antes posible.

Durante el periodo de cumplimiento a discreción de 90 días, la “Office of E-Health Standards and Services” (OESS) continuará aceptando quejas asociadas con la conformidad con los estándares de las transacciones de la versión 5010, NCPDP D.0 y NCPDP 3.0 comenzando el 1 de enero de 2012. Entidades cubiertas por HIPAA que están sujetas a estas quejas deben presentar pruebas de cumplimiento o de un plan establecido para cumplir con el periodo de cumplimiento a discreción. Además de las pruebas, si usted todavía no ha creado un plan de transición para la versión 5010, debería hacerlo para poder cumplir con estos plazos de cumplimientos.

Por favor visite la página de las [noticias más recientes](#) en el sitio Web de CMS ICD-10 para recursos adicionales y más información sobre este [periodo de cumplimiento a discreción](#).

Manténgase al día sobre la versión 5010 y ICD-10.

Por favor visite [el sitio Web ICD-10](#) para las noticias más recientes y recursos para ayudarlo a preparar, 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 201112-01

Cambios transicionales adicionales de 5010 y otras modificaciones al proceso de cruce nacional de COBA

Número de *MLN Matters*: SE1137

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

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está haciendo la transición para contribuyentes suplementarios que participan en el proceso de cruce del acuerdo de coordinación de beneficios (COBA) desde su versión de producción de reclamaciones

4010A1 837 a versiones de reclamaciones 5010A1 y 5010A2 837.

Socios de negocios de COBA son requeridos a aceptar la versión de producción “pre-HIPAA 5010” de reclamaciones 4010A1 por 14 días calendario completos después de corte y cambio de los formatos de nueva demanda.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1137.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1137

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

Política de servicio a tarifa de Medicare – periodo de cumplimiento discrecional de 90 días para las entidades de HIPAA cubiertas que no estén en conformidad

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) *anunció* que no iniciará acción de cumplimiento sobre ninguna entidad cubierta de HIPAA que no esté en conformidad con la versión 5010, y los estándares NCPDP, NCPDP D.0 y 3.0 hasta 90 días después del **1 de enero de 2012**, fecha de conformidad. Aunque la conformidad con la versión 5010 no será obligada hasta el 1 de abril de 2012, es importante **continuar tomando los pasos necesarios para completar su transición a la versión 5010 lo antes posible**.

Lo que significa el periodo discrecional de cumplimiento de 90 días para los servicios a tarifa (FFS) de Medicare:

FFS de Medicare ha experimentado incrementos significativos en las transacciones de producción 5010 durante los últimos meses. Sin embargo, existen muchas personas que han realizado las pruebas, pero no han tomado el paso de moverse a producción para 5010 y D.0. En adición, existen muchas personas que todavía no han iniciado las pruebas con sus contratistas administrativos de Medicare (MAC). Por lo tanto, para asegurar que el progreso continúe, Medicare FFS está planeando tomar los siguientes pasos para los remitentes y recibidores de Medicare Parte B y las transacciones de equipo médico duradero (DME):

- En diciembre, los remitentes y recibidores que han probado y sido aprobados para 5010/D.0 serán notificados que tienen 30 días para realizar la transición a las versiones 5010/D.0.
- Los remitentes y recibidores que todavía no han probado serán notificados en diciembre que deben enviar su plan de transición y horario a su MAC dentro de 30 días.

Los MAC notificarán a los remitentes y recibidores, **pero los remitentes/recibidores tienen la responsabilidad de notificar a los proveedores a los que le ofrecen servicio**.

Nota: Los remitentes y recibidores de transacciones de Medicare Parte A seguirán el mismo plan de acción comenzando 30 días después de parte B y DME.

Manténgase al día sobre la versión 5010 y ICD-10.

Por favor visite *el sitio Web de CMS ICD-10* para las últimas noticias y recursos, 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 201112-48

Entérese de cómo prepararse para la fecha límite del 1 de enero para 5010

La fecha de conformidad para la transición a la versión 5010 está solamente a dos semanas para su implementación. Aunque los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron un periodo de cumplimiento discrecional de 90 días para la conformidad de la versión 5010, la fecha límite sigue siendo el 1 de enero de 2012. El cumplimiento no será ejecutado hasta el 1 de abril de 2012; sin embargo, es importante que las organizaciones continúen completando la transición a la versión 5010 tan pronto como sea posible, si no lo han hecho así.

Recursos de la versión 5010

CMS está comprometido en ayudar a las organizaciones a hacer una transición sin problemas a la versión 5010 y ICD-10. El sitio Web de ICD-10 de CMS ha sido actualizado para incluir una nueva *página Web* dedicada a información y recursos de la versión 5010.

CMS también ha publicado una nueva *hoja informativa*, la cual discute los pasos que los proveedores deben tomar ahora para asegurar una transición oportuna a la versión 5010 para el 1 de enero de 2012.

Otros materiales sobre la versión 5010 incluyen las siguientes hojas informativas:

- *FAQs: Versions 5010 and D.0 Transition Basics*
- *Versions 5010, D.0, and 3.0 overview*
- *Version 5010: Testing Readiness, What You Need to Know*
- *Talking to Your Vendors About ICD-10 and Version 5010: Tips for Medical Practices*

Recursos adicionales

Manténgase pendiente a las fechas límites y los puntos de acción para la versión 5010 y ICD-10 al hacer

Continúa en la página siguiente

Entérese...(continuación)

referencia a los siguientes recursos en el sitio Web de ICD-10 de CMS:

- [Interactive widget](#): Una herramienta fácil de usar que describe los pasos a tomar para asegurar conformidad con la versión 5010 y ICD-10.
- **Puntualidad**: Listas de cotejo fáciles de imprimir que complementan la herramienta, los cuales están disponibles para los siguientes:
 - [Large providers](#)
 - [Small providers](#)
 - [Payers](#)
 - [Vendors](#)
- **Manuales de implementación**: Guías detalladas paso a paso sobre cómo implementar ICD-10, las cuales han sido personalizadas para diferentes audiencias, las cuales incluyen las siguientes:
 - [Small/medium provider practices](#)
 - [Large provider practices](#)
 - [Small hospitals](#)
 - [Payers](#)

Manténgase actualizado con la versión 5010 y ICD-10.

Favor de visitar la [página Web de ICD-10](#) de CMS para encontrar las últimas noticias y recursos de gran ayuda y para descargar y compartir la [herramienta](#) de implementación.

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 201112-50

ICD-10

Regla final actualiza proporción de pérdida médica para contabilizar los costos de conversión ICD-10

Las transiciones a la versión 5010 y ICD-10 requieren cambios significantes a los sistemas de software y base de datos, y pueden necesitar adiestramiento para estos estándares actualizados y nuevos sets de códigos. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) entienden que estas conversiones de sistema pueden ser costosas para implementar. Para aliviar esta preocupación financiera, CMS ha publicado una regla final que trata la proporción de pérdida médica (medical loss ratio, MLR), la cual ahora incluye provisiones para las consideraciones de costo de conversión ICD-10.

¿Qué es MLR?

MLR es la proporción de pérdidas totales pagadas en las reclamaciones de seguro divididas por el total de primas ganadas colectadas por asegurados. Las regulaciones de MLR ordenan que los aseguradores puedan gastar solamente 15 o 20 por ciento del ingreso de las primas en gastos que no son clínicos, tales como costos administrativos, para reducir gastos excesivos. Un nivel mínimo de 85 por ciento de ingreso para los mercados de grupos grandes y 80 por ciento de mercados de grupos pequeños ha sido establecido para ser gastado solamente en costos clínicos.

¿Cómo afecta este cambio a ICD-10?

Bajo esta regla final, los aseguradores pueden cambiar algunos de los costos asociados con la conversión ICD-10 a la categoría de costo clínico, lo cual será considerado como una actividad de mejora de calidad.

Esto permitirá hasta 0.3 por ciento de primas ganadas en el mercado de estado relevante a ser contado como actividad de mejora de calidad. Esta especificación de cómo el MLR es calculado ayudará a cubrir a las entidades cubiertas parte del costo de implementación de ICD-10. Los costos de mantenimiento de ICD-10 y los costos del sistema de adjudicación de reclamaciones todavía están considerados como administrativos, y por lo tanto caen bajo la restricción MLR de límites de gasto que no son clínicos.

Esta [regla final](#) será efectiva el 1 de enero de 2012, y estará abierta para comentario público hasta el 6 de enero

Continúa en la página siguiente

Regla final...(continuación)

de 2012. La regla final trata los comentarios realizados en la regla interina publicada en enero de 2011.

Manténgase actualizado sobre la versión 5010 y ICD-10

Favor de visitar el [sitio Web de ICD-10](#) para enterarse de las últimas noticias y recursos que le ayudarán a prepararse, y para descargar y compartir la [herramienta](#) 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 201112-24

Actualizaciones de código de ICD-10-CM 2012 ahora disponible

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicó las actualizaciones de código de ICD-10-CM del 2012 en su sitio web, incluyendo índice y tablas de ICD-10-CM 2012, títulos de códigos, apéndice, "general equivalence mapping" mapeo de equivalencia general (GEM) y archivos de mapeos de reembolso. Los archivos de ICD-10-CM 2012 contienen información sobre el nuevo sistema de codificación de diagnóstico, ICD-10-CM, que está siendo desarrollado como un reemplazo para ICD-9-CM, volúmenes 1 y 2. Estos archivos están disponibles en la página Web de ICD-10-CM 2012 y GEM en http://www.cms.gov/ICD10/11b14_2012_ICD10CM_and_GEMs.asp. Para acceder a los archivos, desplácese hasta la parte inferior de la página a la sección "Downloads".

Los archivos ICD-10-PCS 2012 (procedimiento) fueron publicados en junio en la página Web de ICD-10-PCS 2012 y GEM en http://www.cms.gov/ICD10/11b15_2012_ICD10PCS.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 201112-11

Inscripción del Proveedor

Ahora disponible transcripción de teleconferencia nacional del proveedor 'Revalidation of Medicare Provider Enrollment'



Todos los proveedores y suplidores que se inscribieron en el programa de Medicare antes del viernes, 25 de marzo de 2011, se les exigirá que revaliden su inscripción bajo los nuevos criterios de prueba de riesgo exigidos por el Affordable Care Act (Sección 6401a). Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) presentaron una teleconferencia nacional del proveedor el jueves, 27 de octubre de 2011, para discutir:

- El proceso de revalidación
- Mejoras al Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS)
- Imagen diagnóstica avanzada y acreditación
- Aplicación de tarifas
- Cambios al formulario 855A

No se pierda esta oportunidad de escuchar de los expertos de CMS sobre este tema importante. Haga clic en [National Provider Call on Revalidation of Medicare Provider Enrollment](#) para ver la transcripción. Esta transcripción contiene un número de clarificaciones después de la llamada – tales como dónde encontrar la lista de proveedores que han recibido una notificación para revalidar. El archivo de audio será publicado en un futuro cercano.

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 201111-38

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

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 *Medicare Learning Network's artículo de edición especial #SE1126*, titulado "Further Details on the Revalidation of Provider Enrollment Information."

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

Fuente: CMS PERL 201112-14

Acredítese ahora para la imagen diagnóstica avanzada

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 (MRI), tomografía computarizada (CT), imagen de medicina nuclear, y tomografía de emisión de positrón. Están excluidos los rayos X, ultrasonido, fluoroscopia, y los procedimientos ambulatorios de hospital. El componente técnico de los servicios ADI incluyen el desempeño de los procedimientos de imagen, no la interpretación del médico.

Para las fechas de servicio a partir del 1 de enero, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) comenzarán a denegar las reclamaciones por el componente técnico de ADI que son enviadas bajo la tarifa fija del médico por los suplidores que todavía no han sido acreditados. Una vez un suplidor se acredita, puede 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, favor de visitar http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/03_AdvancedDiagnosticImagingAccreditation.asp. Un artículo de edición especial del MLN sobre este tema – "Important Reminders about Advanced Diagnostic Imaging Accreditation Requirements" (MLN SE1122) – también está disponible <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 201112-08

Tarifa Fija

Hoja informativa 'CMS Electronic Mailing Lists'

La hoja informativa "*CMS Electronic Mailing Lists: Keeping Medicare Fee-For-Service Providers Informed*" (ICN 006785) está diseñada para proveer educación sobre las varias listas de correo electrónico de servicio a tarifa (FFS) de Medicare de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Incluye información sobre cómo inscribirse para el servicio y recibir las últimas noticias sobre las iniciativas importantes de FFS.

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 201111-44

Resumen de las políticas en la regla final del CY MPFS 2012 y la cantidad de pago de tarifa del sitio en que se origina telehealth

Número de *MLN Matters*: MM7671
Número de petición de cambio relacionado: 7671
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de diciembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2369CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo, basado en la petición de cambio (CR) 7671, resume las políticas en el año calendario (CY) 2012 de la regla final del Medicare physician fee schedule (MPFS) 2012 y anuncia la cantidad de pago de la tarifa del sitio en que se origina telehealth. Las siguientes políticas están incluidas en el CY MPFS 2012:

- Códigos con valor incorrecto
- Política de reducción de pago del procedimiento múltiple
- Revisiones a ajuste geográfico de gasto de práctica

- Implementación de la política de ventana de pago de tres días en las entidades completamente propietarias o completamente operadas por las mismas
- Visita de bienestar anual proveyendo un plan de prevención personalizado
- Códigos de procedimiento de patología molecular
- Servicios Telehealth
- Cantidad de tarifa de pago del centro donde se origina Telehealth

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7671.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7671, 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/R2369CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2369, CR 7671

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 cargo razonable para los entablillados, yesos, y ciertos lentes intraoculares

Número de *MLN Matters*: MM7628
Número de petición de cambio relacionado: 7628
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2349CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

El pago continúa siendo realizado en una base de cargo razonable para los entablillados, yesos, y lentes intraoculares implantados (códigos HCPCS V2630, V2631, y V2632) en la oficina del médico. Para los entablillados y los yesos, los códigos Q de HCPCS deben ser usados cuando los suministros están indicados para propósitos de yeso y entablillado. Este pago es una adición al pago realizado bajo el Medicare physician fee schedule para el

procedimiento de aplicar el entablillado o yeso.

El factor de actualización al cargo indexado de inflación (inflation indexed charge, IIC) para el 2012 es 3.6 por ciento. Los límites de pago 2012 para entablillados y yesos será basado en los límites de 2011 e incrementado por 3.6 por ciento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7628.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7628, 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/R2349CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2349, CR 7628

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

Actualización anual de CY 2012 para la tarifa fija de laboratorio clínico y servicios sujetos a pago de cargo razonable

Número de *MLN Matters*: MM7654

Número de petición de cambio relacionado: 7654

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de diciembre de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2365CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 7654, la cual provee instrucciones a los contratistas de Medicare para las tarifas fijas de laboratorio clínico del año calendario (CY) 2012, mapeo de nuevos códigos para las pruebas de laboratorio clínico, y actualizaciones para los costos de laboratorio sujeto a pago de cargo razonable.

La actualización anual a las tarifas locales de laboratorio clínico para CY 2012 es de 0.65 por ciento. La actualización anual a los pagos realizados en una base de cargo razonable para todos los otros servicios de laboratorio para CY 2012 es de 3.6 por ciento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7654.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7654, 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/R2365CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2365, CR 7654

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.

Se instruye a los MAC a que retengan provisionalmente las reclamaciones por servicios pagados bajo el MPFS 2012

La actualización negativa bajo la ley actual para el Medicare physician fee schedule (MPFS) 2012 está programada a tomar efecto el 1 de enero de 2012, ocho días laborables desde hoy [19 de diciembre de 2011]. Por consiguiente, como ha sido en ocasiones previas, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) instruirán a los contratistas que administran las reclamaciones de Medicare a que retengan las reclamaciones que contienen los servicios 2012 pagados bajo el MPFS para los primeros 10 días laborables de enero (i.e., 1 de enero de 2012, hasta el 17 de enero de 2012). La retención debe tener un impacto mínimo en el flujo de dinero del proveedor debido a que, bajo la ley actual, las reclamaciones electrónicas sin errores no son pagadas más temprano de 14 días calendario (29 días para las reclamaciones en papel) después de la fecha de recibo.

Las reclamaciones MPFS para los servicios prestados el 31 de diciembre de 2011, o antes, no son afectadas para la retención de reclamaciones de 2012 y serán procesadas y pagadas bajo los procedimientos y los marcos de tiempo normales.

La administración está decepcionada que el Congreso haya fallado en pasar una solución para eliminar los recortes por formular del índice de crecimiento sostenible (sustainable growth rate, SGR) y ha puesto en riesgo los pagos para el cuidado de la salud para los beneficiarios de Medicare. CMS continúa exhortando al Congreso a tomar acción para asegurar que estos recortes no tomen efecto.

CMS notificará a los proveedores el 11 de enero de 2012, o antes, con más información sobre el estatus de la acción del Congreso para prevenir la actualización negativa y los próximos pasos sobre la retención de reclamaciones.

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

Fuente: CMS PERL 201112-39

Folleto disponible ‘How to Use the Searchable Medicare Physician Fee Schedule’

El nuevo folleto “*How to Use the Searchable Medicare Physician Fee Schedule*” (ICN 901344) está diseñada para proveer educación sobre cómo usar el Medicare Physician Fee Schedule (MPFS). Incluye los pasos para buscar la información de pago, precio, unidades de valor relativo (RVU), y las políticas de pago.

Si usted desea un folleto MPFS, revise “*How to Use the Medicare Coverage Database*” y *How to Use the National Correct Coding Initiative (NCCI) Tools* en el Medicare Learning Network®.

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 201112-07

Información General

Revisión del índice de interés del pago al contado

Medicare debe pagar interés en las reclamaciones limpias si el pago no es realizado dentro del número aplicable de días de calendario (i.e., 30 días) después de la fecha de recibo. El número de días aplicable también es conocido como la cumbre del pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2011, debe ser pagada antes de que termine el 31 de marzo de 2011.

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

El nuevo índice de 2.0 por ciento está en efecto hasta el 30 de junio de 2012.

El interés no es pagado en:

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

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

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



Hoja informativa revisada ‘Outpatient Rehabilitation Services: Complying with Documentation Requirements’

La hoja informativa “*Outpatient Rehabilitation Services: Complying With Documentation Requirements*” (ICN 905365) está diseñada para proveer educación sobre los errores del programa de prueba completa del índice de error relacionada a los servicios de terapia de rehabilitación ambulatoria. Incluye información sobre la documentación necesaria para sustentar una reclamación enviada a Medicare para los servicios de terapia de rehabilitación ambulatoria.

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 201111-44

Expansión de los servicios de telesalud de Medicare para el año calendario 2012

Número de *MLN Matters*: MM7504
 Número de petición de cambio relacionado: 7504
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R151BP y R2354CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

En el año calendario 2012 la regla final de tarifa médica fija con periodo de comentario, Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está añadiendo cuatro códigos de servicio para dejar de fumar a la lista de servicios de telesalud de sitio distante de Medicare.

CMS también está revisando los descriptores de código para la consulta inicial de telesalud para pacientes hospitalizados para permitir a los profesionales de la salud reportar estos servicios prestados a pacientes del departamento de urgencia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7504.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7504, 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/R151BP.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2354CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 151, CR 7504

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2354, CR 7504

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.

NPI completos ya no serán incluidos en informes de pedido y referido de CMS

En respuesta a las preocupaciones levantadas por la comunidad de proveedores, Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) solamente incluirá los últimos cuatro dígitos del identificador nacional del proveedor (NPI) de los médicos y profesionales de la salud listados en los informes de pedidos y referidos. Los informes de pedidos y referidos pueden ser encontrados en la sección de "Downloads" en http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/06_MedicareOrderingandReferring.asp.

Los siguientes reportes serán actualizados pronto para que solo tengan los últimos cuatro dígitos del NPI:

- "Informes de Pedidos/Referidos"
- "Solicitud inicial de médicos pendientes para revisión del contratista"
- "Solicitud inicial de profesionales de la salud pendientes para revisión del contratista"

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 201111-59

Hoja informativa de 'Medicare como pagador secundario'

La *Hoja informativa de "Medicare como pagador secundario" (ICN 006903)* ha sido diseñada para educar sobre las provisiones de Medicare como pagador secundario (MSP). Incluye información sobre conceptos básicos de MSP, situaciones comunes donde Medicare puede pagar primero o segundo, pagos condicionales de Medicare y el rol de contratista de coordinación de beneficios.

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 201111-44

DetECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS

Número de *MLN Matters*: MM7637

Número de petición de cambio relacionado: 7637

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2011

Fecha de efectividad: 14 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R139NCD y R2359CP

Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7637, la cual informa a los contratistas de Medicare que, efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 14 de octubre de 2011, Medicare cubrirá las pruebas anuales de detección de la depresión para los adultos en el ambiente de la atención primaria que tienen apoyo establecido del personal que ayuda en el cuidado de la depresión para asegurar diagnóstico preciso, tratamiento efectivo, y seguimiento.

Los contratistas de Medicare reconocerán el nuevo código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), G0444, "annual depression screening, 15 minutes, as a covered service". Este código aparecerá en la actualización del Medicare physicians fee schedule (MPFS) de enero de 2012. El tipo de servicio (type of service, TOS) para el código HCPCS G0444 es 1. Efectivo el 14 de octubre de 2011, no aplican el coseguro y deducible del beneficiario para las líneas de reclamación con pruebas anuales de detección de la depresión, G0444. Para las fechas de servicio a partir del 14 de octubre de 2011, hasta el 31 de diciembre de 2011, los contratistas de Medicare usarán su precio para pagar G0444 y actualizar sus archivos HCPCS acordemente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7637.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7637, 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/R139NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2359CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 139, CR 7637

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2359, CR 7637

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.

PUBLICACIÓN DE UN REPORTE NACIONAL DE FACTURACIÓN COMPARATIVA DEL PROVEEDOR SOBRE LOS ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN DEL NERVIÓ

El martes, 6 de diciembre de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron un reporte comparativo de facturación (CBR) nacional tratando los estudios de conducción del nervio.

Los CBR producidos por Safeguard Services bajo contrato con CMS, contienen tablas y gráficas dirigidas por datos con una explicación de los hallazgos que comparan la facturación del proveedor y los patrones de pago a aquellos de sus compañeros localizados en su estado y en toda la nación.

Estos reportes no están disponibles para nadie excepto a los proveedores que los reciben. Para asegurar la privacidad, CMS presenta solamente un resumen de la información de facturación. No se incluyen datos del paciente o de casos específicos. Estos reportes son un ejemplo de una herramienta que ayuda a los proveedores a ajustarse a las reglas de facturación de Medicare y mejorar el nivel de la atención médica que prestan a sus pacientes de Medicare. CMS ha recibido comentarios de un número de proveedores que esta clase de datos es de mucha ayuda para ellos y nos animó a producir más CBR y hacerlos disponibles a los proveedores.

Para más información y para revisar un ejemplo de CBR sobre los estudios de conducción del nervio, visite el sitio Web CBR Services, localizado en www.cbrservices.com, o llame al servicio de asistencia del proveedor de SafeGuard, equipo de ayuda técnica de CBR al 530-896-7080.

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

Fuente: CMS PERL 201111-40

Únete a CMS en la observación del Great American Smokeout

A los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) les gustaría que los proveedores de Medicare se unieran para comunicar el mensaje de este año del Great American Smokeout, el jueves, 17 de noviembre de 2011. El Great American Smokeout resalta los peligros del consumo del tabaco y los desafíos de dejar de fumar, y ha sentado las bases para el cambio en normas sociales relacionadas a fumar – la causa principal de enfermedades preventivas y muerte en los Estados Unidos – desde 1977. Dejar de fumar es la única razón importante que los fumadores pueden tomar para proteger su salud y la de su familia, ya que puede contribuir a y empeorar enfermedades del corazón, derrame cerebral, enfermedades pulmonares, cáncer, diabetes, hipertensión, osteoporosis, degeneración macular, aneurismas aórticos abdominales y cataratas. Fumar afecta prácticamente cada órgano del cuerpo y generalmente disminuye la salud de los fumadores.

Dejar de fumar tabaco puede ser difícil, pero Medicare puede ayudar a través de su cobertura bajo Medicare Parte B de consejería sobre dejar de fumar tabaco para los beneficiarios:

- Que fuman tabaco, no importando si tienen señales o síntomas de una enfermedad relacionada al tabaco
- Que están capacitados y alertas al momento en que la consejería es provista
- A los cuales la consejería sea provista por un médico cualificado u otro profesional de la salud reconocido por Medicare

La parte B de Medicare cubre dos intentos de consejería para dejar de fumar (cuatro sesiones inmediatas o intensivas por intento) por cada periodo de 12 meses. El coaseguro y el deducible, son ambos eliminados. El beneficio de medicinas por receta de la parte D de Medicare también cubre agentes recetados por un médico para el dejar de fumar y dejar el consumo del tabaco.

¿Qué puedes hacer?

Hable con sus pacientes de Medicare sobre los beneficios que Medicare tiene a su disposición para dejar de fumar y dejar el consumo del tabaco. Exhorte a sus pacientes a participar en observaciones nacionales de salud como lo es el Great American Smokeout lo cual para muchos puede ser el primer paso hacia dejar el consumo del tabaco. Nunca es muy tarde para dejar de fumar, y con los beneficios provistos bajo Medicare para el cese, y su recomendación, usted puede ayudar a sus pacientes a ser libres de tabaco y reducir el riesgo a sufrir de enfermedades relacionadas a fumar. Exhorte a los que son elegibles a aprovechar los beneficios cubiertos por Medicare para dejar de fumar y dejar el consumo del tabaco y los servicios de consejería.

Para más información:

[La guía de servicios preventivos de Medicare para profesionales de la salud \(vea el capítulo 15\)](#)

[Tabla de información de referencia rápida de servicios preventivos de Medicare](#)

[Artículo sobre consejería para prevenir el consumo de tabaco “MLN Matters \(MM7133\)”](#)

[Folleto sobre servicios de consejería para dejar el consumo del tabaco](#)

[Página Web sobre productos educacionales de servicios preventivos de MLN](#)

[Página Web oficial del Great American Smokeout](#)

Gracias por unirse a CMS para fomentar el conocimiento y educar sobre el fumar, el dejar de fumar y dejar el consumo del tabaco, consejería, el Great American Smokeout y servicios de salud preventivos relacionados 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 201111-43

Aprenda sobre el programa de incentivo de pago de la atención primaria de CMS con nuevas FAQ de PCIP

Por la Sección 5501(a) del Affordable Care Act, el programa de incentivo de pago de la atención primaria (PCIP) autoriza un pago de incentivo de 10 por ciento de los pagos del programa de Medicare a ser pagados para los médicos de la atención primaria y los profesionales de la salud para los servicios prestados desde el domingo, 1 de enero de 2011, a jueves, 31 de diciembre de 2015.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado 22 preguntas frecuentes (FAQ) relacionadas a PCIP. Estas nuevas FAQ puede encontrarse [aquí](#). Alternativamente, estas FAQ pueden encontrarse al visitar <http://questions.CMS.hhs.gov/> y buscando “PCIP” o “primary care incentive payment.”

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 201111-46

Actualizaciones del *Medicare Learning Network*[®]

“Entidades contratistas a un vistazo” herramienta educativa disponible en copia impresa

La herramienta educativa (ICN 906983) “*Entidades Contratistas A Un Vistazo: Quién te puede contactar sobre actividades específicas de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS)*” ha sido diseñada para educar sobre las definiciones y responsabilidades de entidades envueltas en actividades de adjudicación de reclamaciones. Incluye una tabla que esboza cada entidad por tipo, definiciones, responsabilidades y razones para contactar proveedores, especialmente proveedores con sistema de pago por servicios mediante tarifa fija. Para ordenar una copia impresa, vaya a <http://www.CMS.gov/MLNProducts> y haga clic en “MLN[®] Product Ordering Page” bajo “Related Links Inside CMS” al final de la página.

Nuevo dato rápido en la página Web de conformidad de los proveedores de MLN[®]

Un nuevo dato rápido está ahora disponible en [conformidad de los proveedores de MLN](#). Esta página Web le provee a los proveedores los últimos productos educativos diseñados para ayudar a los proveedores con sistema de pago por servicios mediante tarifa fija a entender – y evitar – errores comunes de facturación y otras actividades inapropiadas. Por favor marque esta página y regrese frecuentemente a verificar ya que un nuevo “dato rápido” es añadido cada mes.

Programas certificados de facturación llegan pronto al *Medicare Learning Network*[®] (MLN)

El programa certificado de facturación de Medicare para proveedores de parte A y El programa certificado de facturación de Medicare para proveedores de parte B llegan pronto a MLN[®]. Aprenda sobre el programa de Medicare con un enfoque especial en facturación de Medicare específica a su facturación o tipo de proveedor, y recibirá un certificado en facturación de Medicare de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Espere que estos programas estén disponibles a principios del 2012.

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 201111-57

Información actualizada sobre medidas de calidad clínica

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) sugiere que profesionales elegibles participando en los programas de incentivo de archivos de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid **no seleccionen** “NQF 0084: fallo de corazón: pacientes de terapia Warfarin con fibrilación auricular” como una de sus medidas de calidad clínica (CQM) adicional para uso significativo. Ya que hay otros medicamentos aprobados por la FDA disponibles para usar como anticoagulante, CMS sugiere que no se seleccione esta medida como una de las medidas reportadas para el objetivo CQM.

CMS no espera que los profesionales elegibles cambien sus sistemas certificados EHR o compren otro sistema para reemplazar esta medida. Profesionales elegibles pueden continuar reportando NQF 0084 para los años de programa 2011-2012 si su sistema certificado EHR utiliza un módulo que solo está certificado por nueve CQM con esta medida incluida dentro de los nueve.

Para ver todas las 44 especificaciones de las medidas de calidad clínica, por favor descargue las [especificaciones de medidas EP](#).

Adicionalmente, la [Guía de medidas de calidad clínica](#) provee un resumen de CQM, como escoger el CQM apropiado para uso significativo, y cómo son reportadas las CQM durante atestación.

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR?

Asegúrese de visitar el [sitio Web del programa de incentivos EHR](#) para 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 201112-16

CMS ha expandido y mejorado su presencia en la Internet

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está siempre buscando maneras para hacer mejorar su experiencia con Medicare, Medicaid, Seguro de salud de niños y otros programas del cuidado de la salud. El lunes, 5 de diciembre, CMS expandió y mejoró su presencia en la Internet en CMS. Están estrenando un nuevo aspecto y estilo para CMS.gov y lanzando un nuevo sitio para el programa de Medicaid, Medicaid.gov.

Estos cambios reflejan lo que CMS ha escuchado de ustedes – los usuarios – y ellos son una respuesta a lo que ustedes han dicho que quieren poder hacer en el sitio Web de CMS.

- Un directorio de búsqueda significativamente mejorado que te facilita la información que usted está buscando – rápido
- Información más profunda sobre que CMS está haciendo para implementar el Affordable Care Act y otras nuevas iniciativas y detalles sobre cómo usted puede solicitar para nuevos programas
- Actualizaciones al día, en tiempo real que reflejan importantes desarrollos e iniciativas ocurriendo en los programas de CMS
- Información sobre el programa de Medicaid que está disponible, fácil de encontrar y fácil de usar – y CMS siempre estará continuamente buscando maneras para mejorar tu experiencia en su sitio
- Enlaces a Healthcare.gov fáciles de acceder, el cual continuará siendo el sitio principal de información al consumidor

Mientras CMS movió el contenido para hacerlo más fácil de encontrar, no se preocupe por perder acceso a ninguna de la información actual de Medicare y Medicaid de la cual usted depende ahora. CMS también está lanzando una versión de archivo de cada uno de sus sitios Web, para que la información histórica pueda permanecer en línea sin añadir desorden a sus sitios principales.

CMS piensa que estos cambios son un buen primer paso para mejorar su presencia en la Internet y hacer la información más accesible para todos los pacientes, socios, proveedores, estados, abogados, y otros que interactúan con sus programas. Sin embargo, éste es solo el primer paso – CMS tiene planes de mejoras de manera continua y permanente.

Échele un vistazo a www.CMS.gov y www.Medicaid.gov, y *déjele saber a CMS lo que usted piensa*. A CMS le gustaría utilizar sus comentarios para ayudar a impulsar la dirección de futuras mejoras al sitio 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 201112-18

Folleto discontinuado ‘Medicare Shared Savings Program: Notice of Proposed Rulemaking Fact Sheets’

El folleto “Medicare Shared Savings Program: Notice of Proposed Rulemaking Fact Sheets” (ICN 907663) ha sido discontinuado. Para aliviar la confusión, el *Medicare Learning Network*[®] (MLN) ha decidido discontinuar su folleto recientemente publicado, el cual contenía hojas informativas que fueron emitidas a la misma vez que fue publicado “Medicare Shared Savings Program (MSSP) notice of proposed rulemaking”.

Sin embargo, el MLN ha publicado varias hojas informativas sobre la regla final:

- [Accountable Care Organizations: What Providers Need to Know](#)
- [Improving Quality of Care for Medicare Patients: Accountable Care Organizations](#)
- [Advance Payment Accountable Care Organization \(ACO\) Mode](#)
- [Medicare Shared Savings Program and Rural Providers](#)
- [Summary of Final Rule Provisions for Accountable Care Organizations under the Medicare Shared Savings Program](#)
- [Methodology for Determining Shared Savings and Losses under the Medicare Shared Savings Program](#)

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

Fuente: CMS PERL 201112-34

Diciembre del 4 al 10 es la semana nacional de vacunación contra la Influenza



Obtenga la vacuna contra la influenza, no la influenza

Semana nacional de vacunación contra la influenza (NIVW) es una observancia nacional que fue establecida por los Centros de control y prevención de enfermedades (CDC) en el 2005 para sobresaltar la importancia de continuar con la vacunación contra la influenza – así como también el fomentar un aumento en el uso de la vacuna contra la influenza – después de la temporada de navidad hasta enero y más. Para la temporada de 2011-2012, NIVW está previsto para 4-10 de diciembre. Los eventos de este año animarán a todos los que sean mayores de seis meses a

“obtener la vacuna contra la influenza, no la influenza.”

La influenza está entre las enfermedades respiratorias más comunes en los Estados Unidos, infectando millones de personas cada temporada de influenza. Una vacunación anual es la mejor manera de prevenir la influenza y las complicaciones relacionadas a la influenza que podrían llevar a hospitalización y hasta la muerte. También, como los virus de influenza están constantemente cambiando y la inmunidad puede disminuir con el tiempo, vacunación anual es necesaria para máxima protección.

Influenza puede causar una enfermedad severa y hasta la muerte para cualquiera, no importando si tiene o no condiciones de alto riesgo. Sin embargo, personas con condiciones de salud a largo plazo están a un riesgo mayor de sufrir de complicaciones de influenza serias, según demostrado en la última temporada cuando 80 por ciento de los adultos hospitalizados por complicaciones de la influenza tenían una condición de salud a largo plazo (asma, diabetes y enfermedad crónica del corazón fueron las más comunes).

¿Qué puedes hacer?

La semana nacional de vacunación contra la influenza presenta una gran oportunidad para proveedores del cuidado de la salud para educar a personas mayores y otros con Medicare que una vacuna contra la influenza es el primer y mejor manera para prevenir la influenza, y eso es particularmente importante en personas que están en un riesgo mayor de complicaciones serias por la influenza. Es también un gran momento para informar a esos con Medicare sobre otros servicios preventivos que pueden ser apropiados para ellos, cubiertos por Medicare.

Información adicional

- [La guía de CMS de servicios de cuidado preventivo](#)
- [Tabla de referencia rápida de facturación de inmunizaciones](#)
- [Folleto de inmunizaciones para adultos de CMS](#)
- [Tabla de información de referencia rápida se servicios preventivos de Medicare](#)
- [Página Web de inmunizaciones y vacunas CDC](#)

Recuerde: Tanto la vacuna contra la influenza como su administración están cubiertas por los beneficios de la Parte B. La vacuna contra la influenza No es una medicina cubierta por la Parte D.

Para más información sobre cobertura y facturación de la vacuna contra la influenza y su administración, y recursos relacionado para los proveedores, visite [2011-2012 Provider Seasonal Flu Resources and Immunizations](#). Para los límites de pago para las vacunas contra la influenza para la temporada 2011-2012, visite http://www.CMS.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/10_VaccinesPricing.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201111-66

Notificación de los archivos finales del programa de incentivo de la atención primaria para el año de pago 2012

Los médicos de la atención primaria y los profesionales de la salud pueden confirmar el programa de incentivo de pago de la atención primaria (PCIP) de 2012 al revisar el archivo “PCIP.Payment.CY2012” para asegurar que su identificador nacional del proveedor (NPI) está listado. Los contratistas publicarán el archivo “PCIP.Payment.CY2012” a sus sitios Web a más tardar el 31 de enero de 2012.

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 201111-47

Hoja informativa revisada ‘Tabla de tarifas de Ambulancia’

La *Hoja informativa “Tabla de tarifas de ambulancia”* revisada (ICN 006835) incluye la siguiente información:

- Historial
- Proveedores y suplidores de la ambulancia
- Pagos por servicios de ambulancias
- Cómo se establecen las tarifas de 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 201111-65

Administración Obama ha expandido sus esfuerzos para combatir fraude

El martes, 13 de diciembre, la administración Obama anunció la recuperación de 5.6 billones en pagos fraudulentos en el año fiscal 2011, un incremento de 167 por ciento de 2008. La ley de reforma del cuidado de la salud del Presidente Obama incluye nuevos recursos y herramientas para ayudar a combatir fraude en Medicare y Medicaid y para proteger los dólares de los contribuyentes. En adición, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están tomando los pasos para fortalecer los controles para identificar y prevenir el fraude y abuso de medicamentos por prescripción en el programa de Medicare Parte D.

La pública una notificación a los patrocinadores del plan de medicamentos por prescripción de Parte D que contiene información y directrices para inmediatamente tomar pasos para detener el abuso y fraude de los medicamentos pro prescripción. Los analgésicos (e.g., OxyContin™) son el quinto medicamento más llenado en Medicare, con gastos en 2009 que totalizan 3.9 billones. El Government Accountability Office identificó evidencia de fraude y abuso de medicamentos en Medicare para estos tipos de medicamentos, los cuales son una amenaza a la salud pública como también al presupuesto federal. Entre los mensajes llevados a los planes:

- Investigar y detener los pagos a las reclamaciones sospechosas
- Utilizar las herramientas para ayudar a administrar apropiadamente la utilización de medicamentos
- Limitar las prescripciones a las dosis de 30 días

Estos esfuerzos se añaden al progreso significativo ya realizado por la administración Obama para combatir el fraude en todo el sector del cuidado de la salud – progreso que ha sido gastado por recursos del Affordable Care Act, la ley del cuidado de la salud de 2010. Este progreso ha contribuido al incremento de 167 por ciento en recuperaciones por fraude desde el 2008.

En adición, bajo una demostración anunciada en noviembre, Medicare implementará un proceso de autorización para todas las reclamaciones por dispositivos de movilidad motorizados en siete estados de alto riesgo, garantizando que los beneficiarios reciban acceso a los servicios que ellos necesitan pero previniendo pago en casos donde la necesidad médica no ha sido establecida. Esto hará más difícil obtener reclamaciones fraudulentas a través de los sistemas de pago de reclamaciones de Medicare.

Usted puede leer la hoja informativa completa de CMS en <http://www.CMS.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4217>.

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 201112-28

Hoja informativa revisada *Medicare Fraud & Abuse: Prevention, Detection, and Reporting*

La hoja informativa "*Medicare Fraud & Abuse: Prevention, Detection, and Reporting*" (ICN 0006827) está diseñada para proveer educación sobre prevenir, detectar, y reportar fraude y abuso de Medicare. Incluye definiciones como también información sobre leyes, asociaciones con otras organizaciones, y recursos 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 201111-57

Socios de negocio deben instalar la última versión de PC-ACE Pro32™ a más tardar el 1 de enero de 2012

¿Qué es PC-ACE Pro32™?

PC-ACE Pro32™ es un paquete de software "individual" que crea una base de datos del paciente y permite a su oficina enviar electrónicamente las reclamaciones a Medicare Parte A y Parte B. Está disponible como una descarga gratuita de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) de ser solicitado para uso por los proveedores de Medicare para facturar reclamaciones de Medicare. **Nota:** las versiones en CD-ROM están disponibles por un costo.

¿Cómo PC-ACE Pro32™ viene a ser conforme con ACS X12 5010 el domingo, 1 de enero de 2012?

Efectivo el domingo, 1 de enero de 2012, el único resultado disponible de formato para PC-ACE Pro32™ versiones 2.32.0.100 y 2.34.0.100 será la versión 5010. El domingo, 1 de enero de 2012, el cambio fue establecido como parte de la actualización versión 2.32 (ASC X12 5010), antes de la emisión del anuncio de cumplimiento discrecional de 90 días de la Oficina de E-Health Standards and Services (OESS) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). El archivo de actualización PC-ACE Pro32™ (versiones 2.32.0.100 y 2.34.0.100) incluye los cambios necesarios del software para asegurar que sus reclamaciones PC-ACE Pro32™ sean enviadas en el formato ASC X12 837 v5010. Todos los socios de negocio deben estar en la versión actual de PC-ACE Pro32™ puesto que el software está programado a expirar automáticamente cada ocho meses; por lo tanto, requiriendo que la nueva versión sea descargada/instalada a más tardar el 1 de enero de 2012.

Software PC-ACE Pro32™ versiones 2.32.0.100 y 2.34.0.100 para ASC X12 v5010 tienen varios mandatos de Medicare de CMS y mejoras:

- La actualización actual Pro32 es aplicable a 1.82.0.100 (enero 2007) y próximas versiones

para el software PC-ACE Pro32™

- Cambios del software producción de errata ASC X12 versión 5010:
 - ASC X12 versión 4010A1 ya no es una opción después del 1 de enero de 2012
 - Código postal requiere valor completo de nueve posiciones 9 (**Note:** es opcional el código postal de nueve dígitos del paciente)
 - El proveedor que factura debe incluir dirección física y código postal (valor completo de nueve posiciones). La oficina postal y casillero postal no son permitidos. **Nota:** Pago al proveedor puede indicar oficina postal y casillero postal.
 - El código postal en todos los registros de archivo de referencia del centro debe incluir valor completo de nueve posiciones

Calendario de implementación 5010/D.0

Eventos actuales

Sábado, 31 de diciembre: Fin del año de transición; comienzo del ambiente de producción 5010

Eventos pasados

Para una lista completa de las teleconferencias nacionales 5010 pasadas, favor de visitar la página Web "[5010 National Provider Calls section of our Versions 5010 & D.0](#)".

Los enlaces para más información sobre la versión 5010, NCPDP D.0, y NCPDP 3.0 están disponibles en www.CMS.gov/Versions5010andD0.

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 201112-26

Herramientas para ayudar a las personas con Medicare y sus cuidadores a comparar las opciones del cuidado de la salud

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado *Quality Care Finder* como una colección de herramientas de gran utilidad en el sitio Web de Medicare.gov para ayudar a los consumidores investigar sus opciones del cuidado de la salud. Estas herramientas de investigación en línea pueden ayudar a sus pacientes de Medicare y sus cuidadores a comparar a los proveedores del cuidado de la salud, centros, planes de salud y medicamentos, suplidores de equipo y más.

Quality Care Finder incluye las siguientes herramientas:

- **Hospital Compare:** Compara los hospitales certificados por Medicare localmente y en todo el país basado en la calidad de su cuidado.
- **Nursing Home Compare:** Encuentre los centros de enfermería certificados por Medicare y los servicios especiales que cada centro de enfermería ofrece, como el cuidado de la demencia, ventiladores o rehabilitación. Luego compare sus calificaciones por estrellas y la calidad del cuidado que ellos ofrecen.
- **Home Health Compare:** Encuentre las agencias de salud en el hogar certificadas por Medicare basados en servicios como el cuidado de enfermería especializada, terapia física, terapia del habla y ayudas de salud en el hogar. Luego, compare cada agencia de salud en el hogar basado en la calidad de su cuidado.
- **Dialysis Facility Compare:** Encuentre los centros de diálisis certificados por Medicare y sus servicios. Luego, compare cada centro basado en la calidad del cuidado.
- **Physician Compare:** Encuentre los doctores, y otros profesionales médicos, basado en localizaciones, especialidad, adiestramiento clínico, idioma extranjero en que se habla, y más. Revise si el doctor acepta la cantidad aprobada de Medicare como pago completo.
- **Medicare Plan Finder:** Obtenga información detallada, personalizada sobre los costos y beneficios de los planes de medicamentos y de salud de Medicare disponibles, y compare la calidad de los servicios que ellos proveen.

CMS ha desarrollado varias publicaciones sobre las herramientas *Quality Care Finder* que pueden ser compartidas con sus pacientes de Medicare y sus cuidadores:

- [Find and Compare High-Quality Healthcare Options \(Pub. # 11580\)](#)
- [Quality Care Finder: Find High-Quality Healthcare Options \(Pub. # 11581\)](#)

Estas publicaciones pueden ser descargadas u ordenadas de la página de publicaciones Medicare.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 201112-30

Reembolsos no solicitados/voluntarios

Los contratistas de Medicare que reciben reembolsos no solicitados/voluntarios (i.e., dineros recibidos que no están relacionados a una cuenta abierta para recibir). Los contratistas de Parte A generalmente reciben reembolsos no solicitados/voluntarios en la forma de un ajuste de factura, pero pueden recibir algunos reembolsos no solicitados/voluntarios como cheques. Los contratistas de Parte B generalmente reciben cheques. Los fondos substanciales son devueltos a los fondos fiduciarios cada año a través de tales reembolsos no solicitados/voluntarios.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid les recuerda a los proveedores que:

La aceptación de un reembolso voluntario como repago para las reclamaciones especificadas no afecta en ninguna manera o limita los derechos del gobierno federal, o ninguna de sus agencias o agentes, para realizar cualquier remedio criminal, civil, o administrativo que surja de, o con relación a estos, o cualquier otra reclamación.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Capítulo 5, Sección 410.10

Actualizaciones al healthcare provider taxonomy code: efectivas el 1 de enero de 2012

Efectivo el 1 de enero de 2012, será actualizado el conjunto de códigos Healthcare Provider Taxonomy Codes (HPTC), lo que le permite a los proveedores indicar su especialidad. El National Uniform Claim Committee (NUCC) actualiza el conjunto de códigos dos veces al año con cambios efectivos el 1 de abril, y el 1 de octubre. La última versión del HPTC está disponible en el sitio Web de Washington Publishing Company en: www.wpc-ed.com/codes/taxonomy. Si un HPTC inválido es reportado a Medicare, puede ocurrir una eliminación (rechazo) del lote y/o nivel de reclamación. Para asegurar que usted no recibe una reclamación o rechazo a nivel de archivo, se recomienda que usted verifique que el HPTC presentado es un código válido incluido el listado más reciente de HPTC antes de someterlo. Si usted necesita asistencia para actualizar el código de taxonomía en su sistema de manejo de práctica, favor de contactar a su vendedor de software.

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

Fuente: CR 7530

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

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

Recuperación de pagos incorrectos hechos bajo el ESRD PPS para el ajuste de pago por volumen bajo

Número de *MLN Matters*: MM7626

Número de petición de cambio relacionado: 7626

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2011

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2347CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7626, la cual notifica a intermediarios fiscales (FIs) y a los contratistas administrativos de Medicare A/B (MACs) que ellos tienen que realizar los ajustes necesarios a las reclamaciones para rescindir el ajuste de pago por volumen bajo para los centros de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) que no estén cumpliendo con los criterios para recibir el ajuste de pago por volumen bajo.

Los contratistas de Medicare deben validar la elegibilidad del centro de ESRD para el ajuste por volumen bajo. Si un contratista de Medicare determina que un centro de ESRD ha recibido el ajuste por volumen bajo por equivocación, al contratista se le requiere que ajuste todas las reclamaciones de ese centro de ESRD afectadas para remover el ajuste dentro de los seis meses de encontrar el error.

Como resultado de no cumplir con los criterios de elegibilidad para el ajuste por volumen bajo, los centros de ESRD sometidos a la recuperación de sobrepagos no serán elegibles para recibir el pago por volumen bajo hasta que hayan cumplido con los criterios de elegibilidad.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7626.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7626, 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/R2347CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2347, CR 7626

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)

- Porcentaje de los pacientes de Medicare con un promedio de hemoglobina mayor de 12 g/dL (bajo porcentaje deseado)
- Porcentaje de los pacientes de Medicare con un promedio de proporción de reducción de urea (urea reduction ratio, URR) de al menos 65 por ciento (porcentaje alto deseado)

Para el primer año de ESRD QIP, el desempeño de cada centro sobre cada medida en 2010 fue evaluada contra el menor del desempeño "norma" para los centros de diálisis en todo el país durante el 2008 o el propio desempeño del centro durante el 2007.

Los centros que fallen en cumplir los estándares de desempeño recibirán una reducción de pago de Medicare de hasta 2 por ciento durante el 2012. Los pacientes de Medicare, como también sus familias y cuidadores, se beneficiarán de este programa y tendrán acceso a los resultados de desempeño a

través del reporte público.

Para el PY 2012 ESRD QIP, 4,939 centros fueron evaluados y recibieron una puntuación total de desempeño, la cual determina si el centro cumple los requisitos bajo el programa y pueden evitar recibir una reducción de pago. De estos centros, sobre dos tercios (69.1 por ciento) no recibirán reducción de pago como resultado de lograr una puntuación de desempeño total bastante alta, la cual para el 2012 es 26 de 30 puntos.

Las reducciones de pago para el resto de los centros son como siguen:

- 16.6 por ciento recibirán una reducción de 0.5
- 6.0 por ciento recibirán una reducción de a 1.0
- 7.7 por ciento recibirán una reducción de a 1.5
- 0.6 por ciento recibirán una reducción de a 2.0

Continúa en la página siguiente

CMS...(Continuación)



Unos 625 centros adicionales (11.2 por ciento de todos los centros) no recibieron una puntuación total de desempeño debido a datos insuficientes. Estos centros no recibirán una reducción de pago.

Cada centro de diálisis es requerido que publique un certificado que muestre su desempeño en las medidas ESRD QIP en una localización prominente accesible al público. En adición, la información de

desempeño será publicada en el sitio Web Dialysis Facility Compare (enlace abajo). CMS exhorta a los beneficiarios de Medicare a discutir estos resultados con su equipo del cuidado de la diálisis esperando que esta información ayude a estos pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

“La meta general del programa ESRD QIP es la del mejoramiento continuo de la atención de la diálisis provisto a los beneficiarios de Medicare en toda la nación para lograr mejores resultados”, dijo Patrick Conway, M.D., Oficial Médico en Jefe y Director de la Oficina de CMS de Estándares Clínicos y Calidad. “El ESRD QIP evolucionará con el tiempo para incluir medidas adicionales que promuevan alta calidad de la atención médica y resultados para los beneficiarios de Medicare”.

Los datos para el PY 2012 ESRD QIP pueden encontrarse en: <https://www.cms.gov/center/esrd.asp>.

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

Fuente: CMS PERL 201112-38

Hospital

Actualizaciones a las hojas informativas del *Medicare Learning Network*®

Hoja informativa revisada *Sole Community Hospital* (ICN 006399)

La hoja informativa revisada *Sole Community Hospital* (ICN 006399) incluye la siguiente información: hospital de la comunidad (sole community hospital, SCH), criterios de clasificación, pagos SCH, y las reclasificaciones de hospital.

Hoja informativa revisada *Medicare Dependent Hospital* (ICN 901683)

La hoja informativa revisada *Medicare Dependent Hospital* (ICN 901683) incluye la siguiente información: criterios de clasificación de hospital dependiente de Medicare (Medicare Dependent Hospital, MDH) y los pagos MDH.

Hoja informativa revisada *Hospital-Acquired Conditions (HAC) in Acute Inpatient Prospective Payment System (IPPA) Hospitals*

La hoja informativa revisada *Hospital-Acquired Conditions (HAC) in Acute Inpatient Prospective Payment System (IPPA) Hospitals* (ICN 901045) está diseñada para proveer educación sobre el Deficit Reduction Act of 2005 la cual requiere un ajuste de calidad en el pago del grupo de diagnóstico relacionado de severidad de Medicare para ciertas condiciones adquiridas de hospital (hospital acquired conditions, HAC). Esta hoja informativa lista todas las 10 categorías de HAC para ayudar a los proveedores a aprender más sobre el programa HAC. También provee una perspectiva general de DRA y los tipos de hospitales afectados y exentos y les provee una tabla de los HAC y códigos.

Hoja informativa disponible *Present on Admission (POA) Indicator Reporting by Acute Inpatient Prospective Payment System (IPPS) Hospitals*

La hoja informativa *Present on Admission (POA) Indicator Reporting by Acute Inpatient Prospective Payment System (IPPS) Hospitals* (ICN 901046) está diseñada para proveer claridad a los proveedores y cómo aplicar el indicador presente en la admisión (present on admission, POA) para el set final de códigos diagnósticos que han sido asignados de acuerdo con las sección I, II, y III de las directrices oficiales de codificación. Subsiguiente a la asignación de los códigos ICD-9-CM, el indicador POA debe estar asignado a esas condiciones que han sido añadidas.

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 201112-07

Retención de reclamaciones específicas de hospitales de cuidado a largo plazo

Un problema de cálculo de pago afectando algunas reclamaciones de hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH) fue descubierto en el Pricer de LTCH del año fiscal (FY) 2012. Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha corregido el problema y emitido nuevamente un Pricer revisado. Hasta que el Pricer de LTCH para el FY 2012 haya sido instalado exitosamente, su contratista de administración de reclamaciones retendrá reclamaciones nuevas de LTCH con una fecha de alta de en o después del domingo, 1 de octubre. Esto se espera que ocurra a no más tardar el lunes, 5 de diciembre. En adición, luego de que el Pricer de LTCH para el FY 2012 haya sido instalado, su contratista automáticamente reprocesará cualquier reclamación de LTCH del FY 2012 afectada procesada antes de la instalación corregida de Pricer.

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

Fuente: CMS PERL 201111-70

Hoja informativa revisada *Medicare Disproportionate Share Hospital*

La hoja informativa *Medicare Disproportionate Share Hospital* (ICN 006741) incluye la siguiente información: historial; métodos para calificar para el ajuste de parte desproporcional de Medicare (disproportionate share hospital, DSH); las provisiones del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 and Deficit Reduction Act of 2005 que impactan los DSH de Medicare; número de camas en la determinación de hospital; y las fórmulas de ajuste de pago DSH 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 201112-34

Inscripción del proveedor

Cuota de solicitud de inscripción de \$523 para proveedores institucionales para el año calendario 2012

Los proveedores institucionales (i.e., todos los proveedores excepto médicos, profesionales de la salud, consultoría de grupo de médicos y consultorías de grupo de profesionales de la salud) deben presentar una cuota de inscripción o excepción por dificultades cuando se inscriban inicialmente, revaliden su inscripción; o añadan una nueva localidad de práctica de Medicare. Una cuota de \$523 para el año calendario (CY) 2012 es requerida con cualquier solicitud de inscripción de Medicare presentadas a partir del domingo, 1 de enero de 2012, y en o antes del lunes, 31 de diciembre de 2012.

Para más información sobre cómo la cuota fue calculada, vea el [Aviso del Federal Register](#). Vea el [artículo de MLN SE1130](#) para aprender cómo pagar la cuota por acciones de inscripción 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 201112-17

Guía sobre completar el formulario de inscripción CMS-855A

Número de *MLN Matters*: SE1135
 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 de edición especial provee instrucciones paso a paso que pueden ser usadas cuando se llena el formulario de inscripción CMS-855A. Esto es solamente una guía educativa para mejorar la conformidad con los requisitos de documentación. El uso de estas instrucciones no garantiza la inscripción a Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1135.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1135

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 Prospectivos

Actualización del índice del sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar para el año calendario 2012

Número de *MLN Matters*: MM7657
 Número de petición de cambio relacionado: 7657
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2356CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7657 actualiza los índices de episodio nacional de 60 días, índices por visita nacional, cantidad añadida de ajuste de baja utilización de ajuste de pago (low utilization payment adjustment, LUPA), y las cantidades de pago de suministros que no son de rutina (non-routine supplies, NRS) bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS) para el año calendario (CY) 2012. La información aplica al Capítulo 10, Sección 10.1.6 del *Medicare Claims Processing Manual*. Las actualizaciones de la política incluyen lo siguiente:

- Bolsa del mercado
- Pagos atípicos
- Adición rural
- Cálculos de pago y tabla de tarifas

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7657.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7657, 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/R2356CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2356, CR 7657

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

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

El sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS) PC Pricer para el año de pago (RY) 2012 (reclamaciones con fechas del 1 de julio-30 de septiembre de 2011, y el 1 de octubre de 2011-30 de septiembre de 2012), han sido publicado en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) con los datos del proveedor de octubre de 2011. Si usted utiliza el IPF PPS PC Pricer para el RY 2012, favor de ir a la página, http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, bajo la sección Downloads, y descargue las últimas versiones del IPF PPS PC Pricer, publicada el 1 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 201112-02

Especificaciones de I/OCE de enero de 2012 versión 13.0

Número de *MLN Matters*: MM7668

Número de petición de cambio relacionado: 7668

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2370CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7668, la cual describe los cambios al editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) y al sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) a ser implementados en enero de 2012.

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7668.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7668, 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/R2370CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2370, CR 7668

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.

PPS PC Pricer del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados corregido

El año fiscal (FY) 2012 del sistema de pago prospectivo (PPS) PC Pricer del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) ha sido corregido. El PC Pricer del IRF FY 2012 corregido está listo para ser descargado de la página Web de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp.

Si usted utiliza los Pricers PC PPS del IRF, por favor vaya a la página mencionada anteriormente y descargue la última versión del Pricer PC del IRF FY 2012 publicado el 6 de diciembre del 2011, en la sección de Downloads.

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

Fuente: CMS PERL 201112-10

Publicación fuera de ciclo del sistema de pagos prospectivos FY 2012

Pricer

Número de *MLN Matters*: MM7666
 Número de petición de cambio relacionado: 7666
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de diciembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2366CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7666, la cual informa a los contratistas de Medicare sobre las correcciones a ser realizadas para varios problemas del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) Pricer:

- Código diagnóstico ICD-9-CM 191.5 fue omitido de la lista de códigos diagnósticos del año fiscal (FY) 2012.0 IPPS Pricer válidos para la nueva tecnología de pago añadido para AutoLITT™.
- Código Medical Severity Diagnosis Related Group (MS-DRG) 009 fue inadvertidamente incluido en

la tabla FY 2010 IPPS Pricer de códigos MS-DRG inválidos.

- Un problema fue descubierto con los Pricers revisados FY 2003 y FY 2004 instalados en una utilidad de suma global como fue instruido por el CR 7244.

Los contratistas reprocesarán las reclamaciones afectadas del 1 de octubre de 2011, hasta la implementación del Pricer revisado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7666.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7666, 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/R2366CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2366, CR 7666

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.

PPS PC Pricer del centro hospitalario psiquiátrico RY 2012 – corrección

Un error tipográfico fue descubierto y corregido en el PPS PC Pricer del centro hospitalario psiquiátrico (IPF) para el año de tarifa (RY) 2012 para las fechas de reclamaciones desde el 1 de octubre de 2011, hasta el 30 de septiembre de 2012. La corrección ha sido publicada en el sitio Web de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Si usted utiliza el IPF PPS PC Pricer para el RY 2012, por favor vaya a la página, http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, bajo la sección de "Downloads", y descargue la última versión publicada el 7 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 201112-12

Actualizaciones de centros de rehabilitación del paciente hospitalizado

PPS PC Pricer

El año fiscal 2011 del sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS) PC Pricer ha sido actualizado con los datos del proveedor de octubre. El FY 2012 IRF PPS PC Pricer también ha sido añadido. Los PC Pricers están listos para descargar de la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp.

Si usted utiliza los IRF PPS PC Pricers, favor de ir a la página arriba y descargue la última versión del FY 2011 (actualizada el 3 de diciembre de 2011) y los FY 2012 IRF PC Pricers (publicados el 5 de diciembre de 2011), en la sección de Downloads.

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

Fuente: CMS PERL 201112-06

Corrección – FY 2012 de hospitalización PPS PC Pricer

El año fiscal (FY) 2012 de hospitalización (INP) PPS PC Pricer ha sido corregido en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Si usted utiliza el 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. Este PC Pricer es para las reclamaciones con fechas del 1 de octubre de 2011, al 30 de septiembre de 2012. La actualización tiene fecha del 8 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 201112-20

Centros de Enfermería Especializada

Actualizaciones de PC Pricer del centro de enfermería especializada para el FY 2012

El PC Pricer del centro de enfermería especializada (SNF) del año fiscal 2012 ha sido publicado en el sitio Web de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo el “Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC Pricer.” Si usted utiliza el SNF PC Pricer del FY 2012, por favor descargue el Pricer de la página arriba.

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 201111-69

Información General

Nuevo PEPPER a corto plazo ahora disponible

Una nueva publicación del programa a corto plazo (ST) de cuidado intensivo para evaluar el reporte electrónico de patrones de pago (PEPPER), con estadísticas hasta el tercer trimestre del año fiscal (FY) 2011, está ahora disponible para hospitales para cuidado intensivo a corto plazo a nivel nacional a partir del jueves, 30 de junio. Archivos de PEPPER fueron distribuidos a finales de noviembre de 2011 a través de un intercambio seguro de My QualityNet para administradores de hospitales de QualityNet y cuentas de usuarios con el rol de receptor de PEPPER. Esta publicación de PEPPER incluye un Nuevo informe, el “Informe de clasificación nacional de altos valores extraordinarios,” el cual clasifica los hospitales por el número total de altos valores extraordinarios comparado a los demás hospitales en la nación. Una nueva sesión de adiestramiento revisando el nuevo reporte está disponible en recursosPEPPER.org.

Sobre PEPPER:

PEPPER provee información de estadísticas específicas para hospital para grupos relacionados a diagnósticos severos de Medicare y fechas de alta en riesgo por pagos indebidos. Es distribuido por TMF® Health Quality Institute bajo contrato con los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Visite recursosPEPPER.org para acceder recursos para utilizar PEPPER, incluyendo [guías de usuarios](#), sesiones de adiestramiento grabadas, información sobre cuentas de QualityNet, [preguntas frecuentes](#) y ejemplos de cómo otros hospitales utilizan PEPPER.

Si usted tiene preguntas o comentarios sobre PEPPER o necesita ayuda obteniendo su informe, por favor visite la mesa de ayuda de PEPPER. Usted puede proveer sus comentarios o sugerencias sobre el reporte a través del [formulario de comentarios](#).

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 201111-58

Extensiones para reportar informes de costo – centros independientes de diálisis renal, formulario CMS 265-11

El formulario CMS 265-11 es efectivo para periodos de presentación de informes de costo que se traslapan o que comienzan a partir del sábado, 1 de enero de 2011, y están sujetos al siguiente itinerario de extensión de envío. La fecha de vencimiento para informes de costo que termina el lunes, 31 de enero, hasta el jueves, 30 de junio de 2011, está extendido hasta el martes, 31 de enero de 2012. La fecha de vencimiento para informe de costos que termina el domingo, 31 de julio de 2011, y miércoles, 31 de agosto de 2011, está extendido hasta el miércoles, 29 de febrero de 2012.

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 201111-33

Facturando información para los hospitales de acceso crítico pagados bajo el método opcional sobre el programa de pago de incentivo de la atención primaria

Los proveedores de los hospitales de acceso crítico (CAH) fueron instruidos a enviar sus identificadores nacionales del proveedor (NPI) utilizando el campo “other provider” localizado en el loop 2310C del formato de reclamación electrónica 4010A1 efectivo el viernes, 1 de abril de 2012.

Con la implementación de las actividades para convertir del Accredited Standards Committee (ASC X12) versión 4010A1 a la versión de formato 5010A2, loop 2310C fue redefinido como que significa otro médico operante (other operating physician). Para los proveedores que utilizan el formato 837I 5010A2, el loop correcto es 2310D, proveedor que presta los servicios (rendering physician), sin embargo, los sistemas de Medicare no están actualizados para asignar los pagos de bonos del programa de incentivo de pago de la atención primaria (PCIP) al NPI reportado en este campo. Como resultado, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) planean actualizar las instrucciones del sistema y facturación para tratar este cambio.

Mientras tanto, para asegurar que no haya un retraso en los pagos de bonos PCIP, los proveedores continuarán enviando reclamaciones utilizando el campo “other provider”, loop 2310C en vez del loop 2310D hasta próximo aviso de CMS.

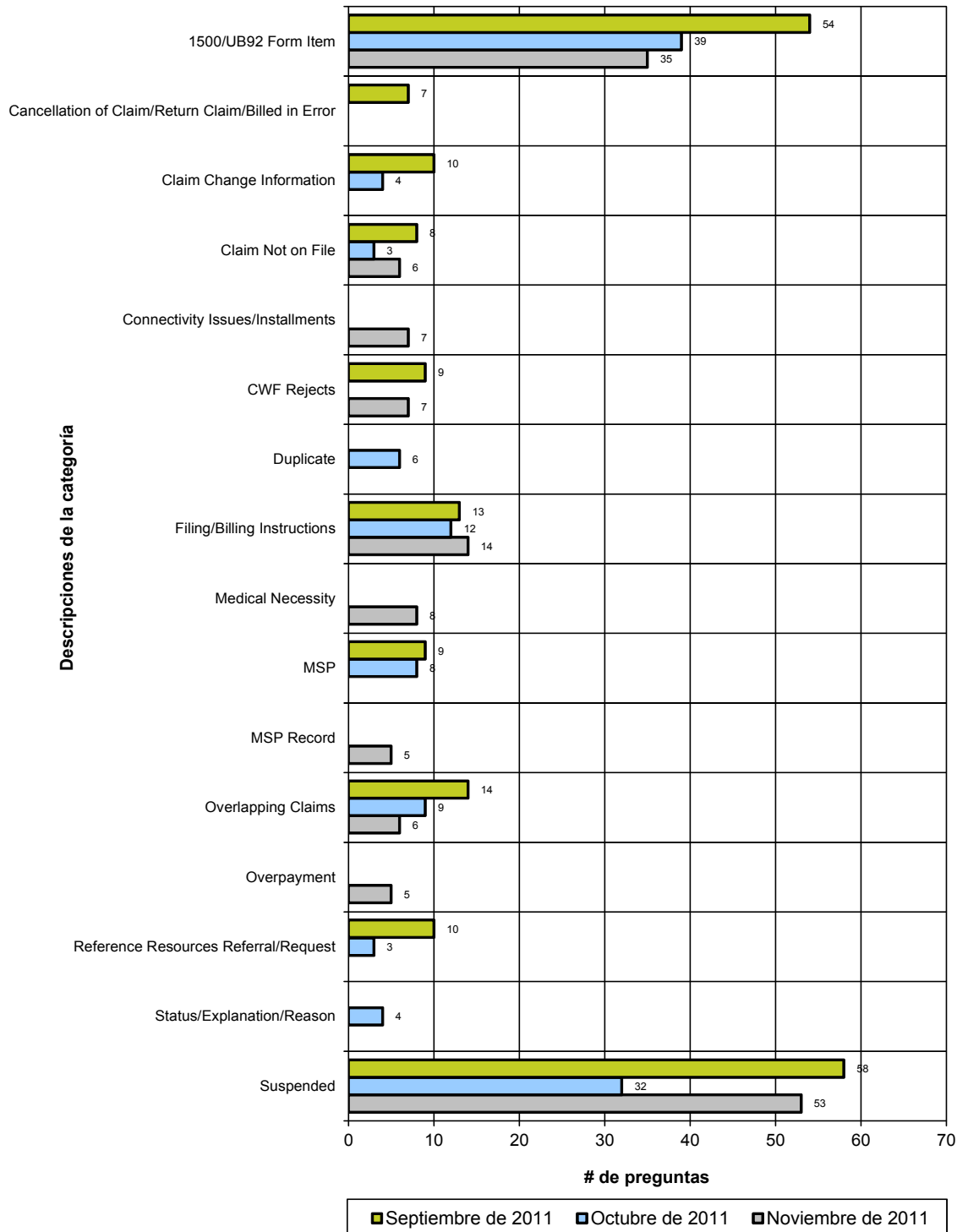
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201111-45

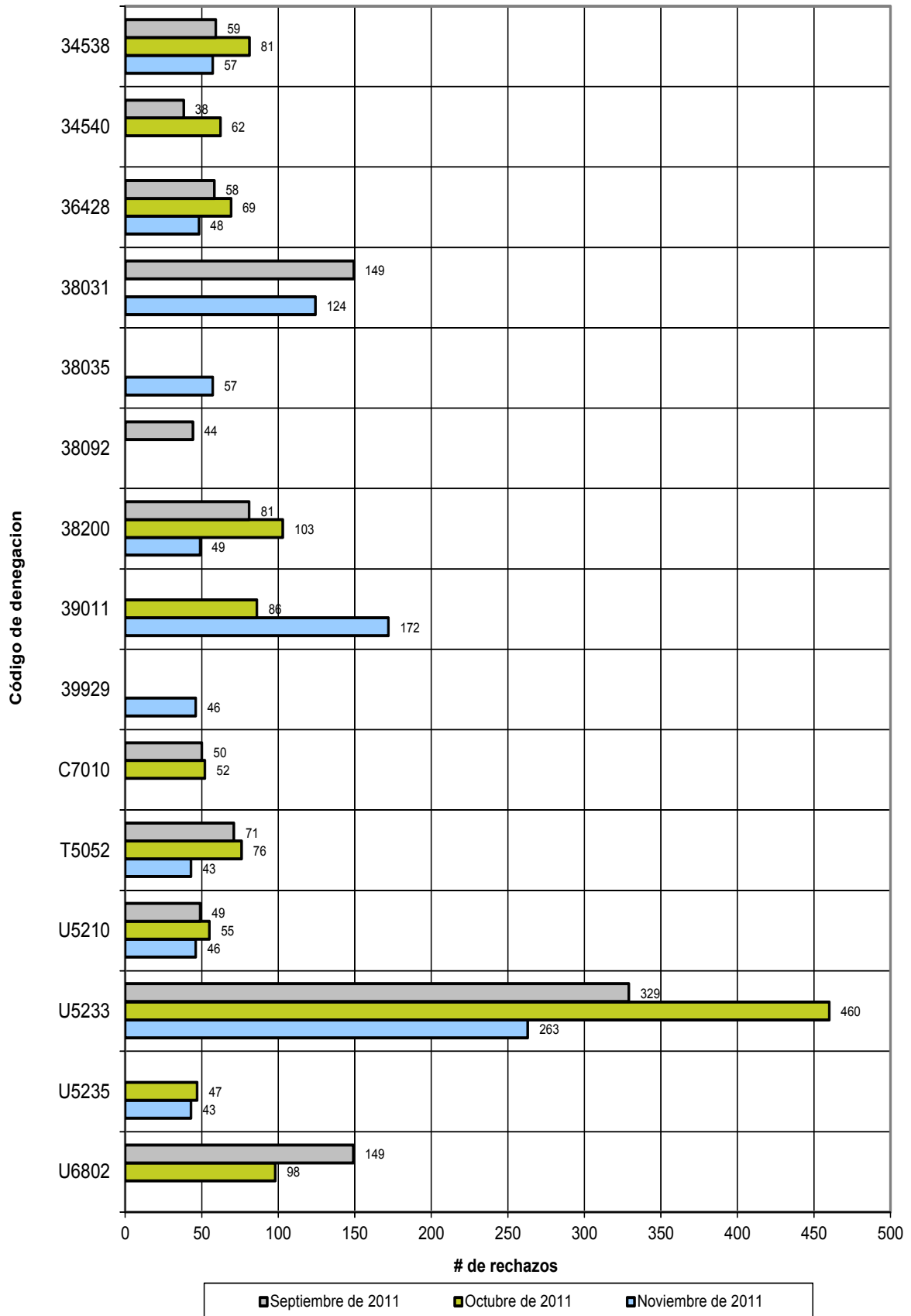
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en septiembre-noviembre de 2011

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 septiembre a noviembre 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/

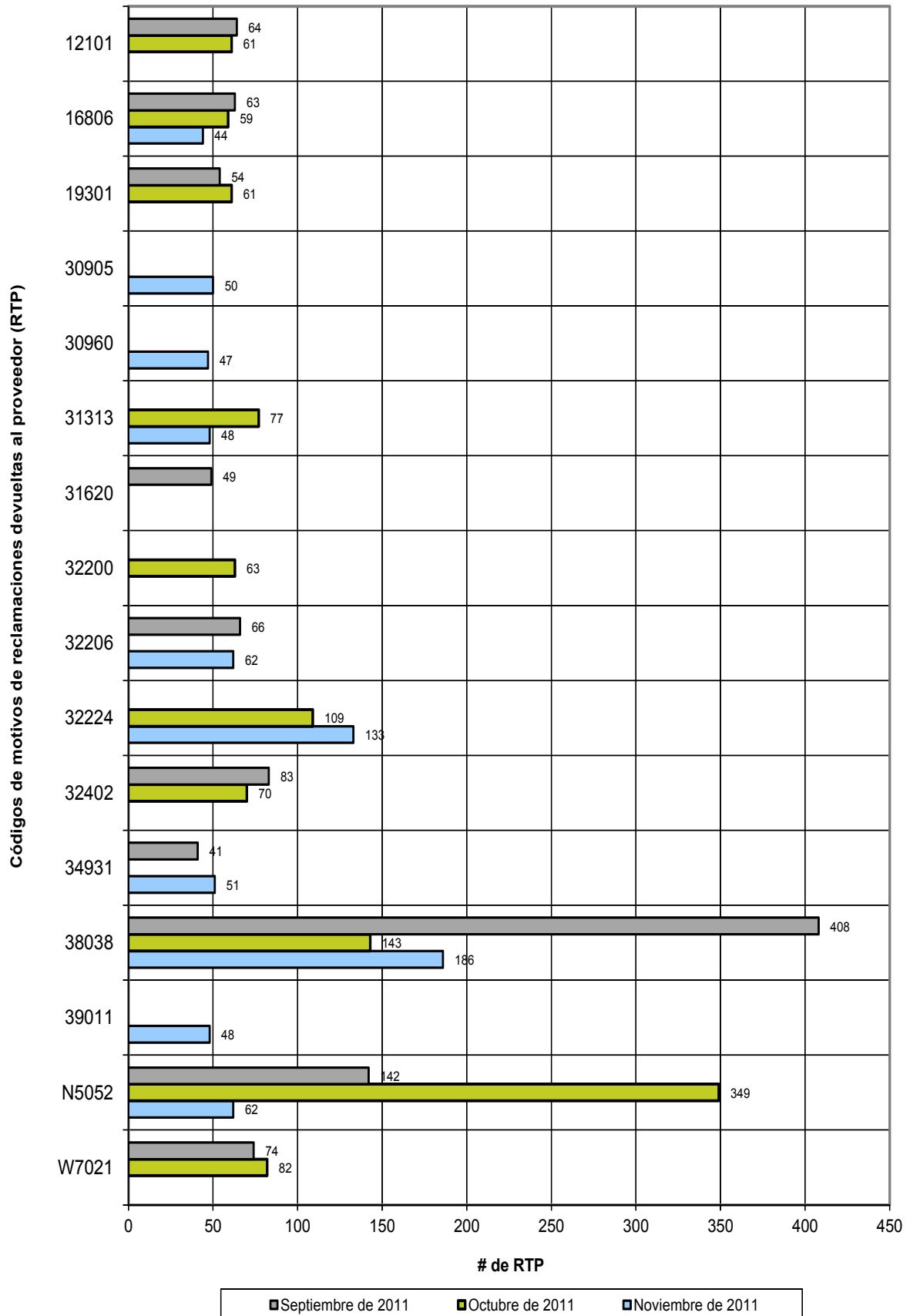
Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico en septiembre-noviembre de 2011



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



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

LCD Nuevas

A76376: 3D interpretation and reporting of imaging studies ...53
A64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS)53

Revisiones a las LCD Existentes

A93922: Non-invasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries.....54
A93925: Duplex scan of lower extremity arteries54
ANCSVCS: Noncovered services.....55
A17311: Mohs micrographic surgery (MMS)55

Información Médica Adicional

YERVOY™ (ipilimumab)56
J9033: Treanda® (bendamustine hydrochloride) por inyección, por infusión intravenosa-clarificación sobre facturación ...57
Cambios a determinación local de cobertura HCPCS 2012... .58

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).

LCD Nuevas

A76376: 3D interpretation and reporting of imaging studies – nueva LCD

Identificador de LCD: L32314 (Florida)

Identificador de LCD: L32314 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El enfoque tecnológico de imágenes “multi-slice” junto con las técnicas de imágenes mejoradas ha permitido la generación de imágenes tridimensionales (3D) conocidas como reconstrucción 3D o interpretación 3D. Imágenes tridimensionales han sido aplicadas a ultrasonidos, ecocardiografía, tomografía computadorizada (CT), imágenes de resonancia magnética (MRI) y otras modalidades tomográficas. Aplicaciones de esta tecnología incluyen, por ejemplo, imágenes de las arterias coronarias, visualización de la vasculatura del sistema nervioso central e imagen mejorada del tórax que incluye, por ejemplo, aneurismas aórtica, enfermedad embólica y lesiones inflamatorias y neoplásicas.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para esbozar indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos CPT, códigos diagnósticos ICD-9-CM secundarios que apoyan la necesidad médica, requisitos de documentación y pautas de utilización.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LDC de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del CMS Medicare Coverage Database 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.

A64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS) – nueva LCD

Identificador de LCD: L32306 (Florida)

Identificador de LCD: L32306 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Alterar la función del nervio tibial posterior con estimulación del nervio tibial posterior (PTNS) se cree que es para mejorar la función y el control de la micción. Mientras el nervio tibial posterior está localizado cerca del tobillo, se deriva de los “lumbar-sacral nerves” (L4-S3), el cual controla el detrusor de la vejiga y piso perineal. PTNS es mínimamente invasiva, tratamiento efectuado en la oficina para pacientes con vejiga hiperactiva que no están destinados para terapia de primera línea, pero para pacientes que son refractarios a la conducta y/o terapias farmacológicas.

Una determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para dar indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, código CPT, códigos ICD-9-CM, requisitos de documentación, pautas de utilización y pautas de codificación para PTNS.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LDC de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través del “CMS Medicare Coverage Database” 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 las LCD con una fecha efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” al principio de la lista de la página de las LCD.

Revisiones a las LCD Existentes

A93922: Non-invasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28938 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios fisiológicos de arterias de las extremidades superiores o inferiores no invasiva fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir indicaciones relacionadas a estudios de seguimiento de las condiciones postoperatorias y para actualizar el lenguaje en las secciones listadas a continuación.

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y base para la toma de decisión

Las secciones “Methods not acceptable for Reimbursement” y “Training Requirements” de la LCD han sido relocalizadas dentro de la LCD. El suplemento “Coding Guidelines” de la LCD también ha sido revisado.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database 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.

A93925: Duplex scan of lower extremity arteries – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28829 (Florida)

Identificador de LCD: L28862 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para tomografía dúplex de las arterias de las extremidades inferiores fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir indicaciones relacionadas a estudios de seguimiento de las condiciones postoperatorias y para actualizar el lenguaje en las secciones listadas a continuación.

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y base para la toma de decisión

Las secciones “Methods not acceptable for Reimbursement” y “Training Requirements” de la LCD han sido relocalizadas dentro de la LCD. El suplemento “Coding Guidelines” de la LCD también ha sido revisado.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database 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.

ANCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se le hizo una revisión a la LCD. Los siguientes códigos fueron evaluados y se determinó que no es médicamente razonable y necesario en este momento basado en la evidencia actual publicada (e.g., literatura americana revisada por colegas, estudios publicados): código HCPCS C1749 (Endoscope, retrograde imaging/illumination colonoscopic device (implantable); e.g. Third Eye Retroscope®) basada en la petición de cambio (CR) 7117 de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y el código HCPCS C1840 (*Lens, intraocular [telescopic]*) basado en la CR 7545 de CMS. La categoría III de códigos CPT 0276T (*Bronchoscopy, rigid or flexible, including fluoroscopic guidance, when performed; with bronchial thermoplasty, 1 lobe*) y 0277T (*Bronchoscopy, rigid or flexible, including fluoroscopic guidance, when performed; with bronchial thermoplasty, 2 or more lobes*) también fueron evaluados y se determinó que no es médicamente razonable y necesario en este momento. Los siguientes códigos fueron añadidos a la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions – Devices” de la LCD: C1749 y C1840. Los siguientes códigos fueron añadidos a la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD: 0276T y 0277T.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través del CMS Medicare Coverage Database 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 las LCD con una fecha efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” al principio de la lista de la página de las LCD.

A17311: Mohs micrographic surgery (MMS) – revisión de borrador a la LCD

Identificador de LCD: L28932 (Florida)

Identificador de LCD: L28953 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Una revisión del borrador de la determinación local de cobertura (LCD) fue publicado el 7 de octubre de 2011, para clarificar los criterios de cobertura sobre el uso apropiado de “Mohs micrographic surgery” (MMS). La LCD actual que está activa ha estado efectiva desde 1998 antes de la transición a la jurisdicción 9 (J9) en el 2009, y ha tenido revisiones menores (no consideradas más restrictivas a la comunidad). El borrador actual es una revisión mayor (nuevos requisitos). La mayoría de los comentarios recibidos discutían la sección “Limitaciones” de la LCD, específicamente los requisitos de adiestramiento, y el asunto de limitar el procedimiento a los médicos con cierto adiestramiento, dado que la definición de razonable y necesario de Medicare incluye lenguaje que requiere que el servicio sea ordenado y prestado por personal calificado. Adicionalmente, había comentarios sobre el lenguaje que requiere fotos digitales de los defectos a estar disponibles de ser solicitados (notado en la sección “Documentation Requirements” de la LCD). El resumen de comentario está disponible en el sitio Web de First Coast Service Options Inc. (FCSO).

La revisión mayor del contratista administrativo de Medicare (MAC) de J9 permanecerá bajo consideración hasta próximo aviso. Se anticipa que información adicional en el dominio público estará disponible a principios del 2012 para consideración en el borrador.

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

YERVOY™ (ipilimumab) – Parte A

Los melanomas son neoplasmas malignos de melanocitos desarrollándose predominantemente en la piel, pero ocasionalmente surgiendo de los ojos, membranas mucosas, y el sistema nervioso central (central nervous system, CNS). Los melanocitos son responsables de proveer pigmento en la piel (ojos, membranas mucosas y CNS). Entre los tres tipos de cáncer de piel, melanoma es el más agresivo y también el más serio. Melanoma metastático se refiere a la enfermedad que tiene expansión de su sitio de lesión original de partes de la piel, y eventualmente a otras partes del cuerpo distantes al sitio de lesión primario.

YERVOY™ (ipilimumab) es indicado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de melanoma resecable o metastático.

La dosis recomendada de YERVOY (ipilimumab) es 3 mg/kg administrada intravenosamente sobre 90 minutos cada tres semanas para un total de cuatro dosis.

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 25 de marzo de 2011, hasta el 15 de octubre de 2011, YERVOY puede ser considerado para cobertura, asumiendo que la documentación sustente las indicaciones razonables y necesarias cuando son solicitadas para los siguientes códigos ICD-9-CM:

Códigos ICD-9-CM	Descriptores para los códigos ICD-9-CM
154.2	Neoplasma maligno del canal anal
154.3	Neoplasma maligno del ano, no especificado
172.0-172.9	Melanoma maligno de la piel
184.0	Neoplasma maligno de la vagina
184.1	Neoplasma maligno los labios mayores
184.2	Neoplasma maligno de los labios menores
187.1	Neoplasma maligno del prepucio
187.4	Neoplasma maligno del pene, parte no especificada
187.7	Neoplasma maligno del escroto
187.9	Neoplasma maligno del órgano genital masculino, sitio no especificado
190.0	Neoplasma maligno del globo del ojo, excepto conjuntiva, córnea, retina, y coroides
190.1	Neoplasma maligno de orbe
190.2	Neoplasma maligno de glándula lacrimal
190.3	Neoplasma maligno de conjuntiva
190.5	Neoplasma maligno de la retina
190.6	Neoplasma maligno de coroides
190.9	Neoplasma maligno del ojo, parte no especificada

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 16 de octubre de 2011, en adición a la consideración para cobertura de las indicaciones arriba y los códigos ICD-9-CM arriba, las siguientes indicaciones compendio y adiciones a los códigos ICD-9-CM también serán consideradas para cobertura de YERVOY (ipilimumab) como un solo agente:

- Metástasis en tránsito resecable estado III
- Local/satélite y/o recurrencia resecable en tránsito
- Recurrencia nodal resecable incompleta
- Recurrencia limitada o enfermedad metastática
- Recurrencia diseminada o enfermedad metastática en pacientes con buen estatus de desempeño
- Reinducción en pacientes selectos que experimentan toxicidad sistémica no significativa antes de la terapia de ipilimumab y que recaen después de la respuesta clínica inicial o progresan después de una enfermedad estable más de tres meses.

Continúa en la página siguiente

YERVOY...(continuación)**Códigos ICD-9-CM Descriptores para los códigos ICD-9-CM**

198.3	Neoplasma maligno secundario del cerebro y médula espinal
199.0	Neoplasma maligno sin especificación del sitio, diseminado
199.1	Otros neoplasmas malignos sin especificación del sitio
V10.82	Historial personal de neoplasma maligno de melanoma maligno de la piel

Para las fechas de servicio antes del 1 de enero de 2012, los códigos HCPCS no listados C9399 o código HCPCS C9284 deben ser facturados para YERVOY™ (ipilimumab). A partir de la fecha de servicio del 1 de enero, el código HCPCS J9228 debe ser facturado para YERVOY™ (ipilimumab).

J9033: Treanda® (bendamustine hydrochloride) por inyección, por infusión intravenosa-clarificación sobre facturación

Treanda® por inyección es una medicina alquilante la cual fue aprobada por la administración de comida y medicina (FDA) el 20 de marzo de 2008 para las siguientes indicaciones:

- Leucemia linfocítica crónica (CLL)
- Linfoma indolente de células B no Hodgkin (NHL) que ha progresado durante o dentro de seis meses de tratamiento con rituximab o un régimen que contiene rituximab.

El contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9) tiene una determinación local de cobertura (LCD) cobertura de medicina con y sin etiqueta y productos biológicos para pacientes ambulatorios. Esta LCD describe los criterios generales de cobertura para medicinas aprobadas para mercadeo por el uso con etiqueta de la FDA así como también como el uso sin etiqueta en caso de que una determinación nacional de cobertura (NCD) o de un MAC J9 LCD no esté direccionando una medicina en específico. Actualmente no hay un MAC J9 LCD para Treanda®.

MAC J9 considera los códigos de diagnóstico de ICD-9-CM **200.00-200.88; 202.00-202.98, 204.10, 204.11, y 204.12** ser el respaldo de las indicaciones anteriores sobre CLL y NHL. El MAC J9 planifica desarrollar en un futuro cercano un LCD que dirija ambas indicaciones para Treanda®, con etiqueta o sin etiqueta.

Cambios a la determinación local de cobertura HCPCS 2012

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones locales de cobertura (LCD) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 2012. Los códigos de procedimiento han sido añadidos, revisados, reemplazados y eliminados como corresponde:

Título de la LCD	Cambios
ABOTULINUM TOXINS Botulinum Toxins	Eliminado el código HCPCS Q2040 Añadido el código HCPCS J0588
AJ0129 Abatacept	Cambio de descriptor para el código HCPCS J0129
AJ1459 Intravenous Immune Globulin	Eliminado el código HCPCS C9270 Añadido el código HCPCS J1557
AJ1740 Bisphosphonates (Intravenous [IV]) and Monoclonal Antibodies in the Treatment of Osteoporosis and Their Other Indications	Eliminado el código HCPCS C9272 Removió el código HCPCS J3590 Añadido el código HCPCS J0897 Cambió el "Contractor's Determination Number" a AJ0897
AJ7186 Hemophilia Clotting Factors	Eliminado el código HCPCS Q2041 Añadido el código HCPCS J7183 Cambió el "Contractor's Determination Number" a AJ7183
ANCSVCS Noncovered Services	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 90644, 90867, y 90868</i> Eliminó los códigos <i>CPT 0155T, 0156T, 0157T, y 0158T</i> (reemplazados con el código <i>CPT 43659</i>) Removido el código <i>CPT 46999</i> y reemplazado con el código <i>CPT 0288T</i> Añadido el código <i>CPT 90869</i>
APULMDIAGSVCS Pulmonary Diagnostic Services	Eliminó los códigos <i>CPT 93720, 93721, 93722, 94240, 94260, 94350, 94360, 94370, 94720, y 94725</i> Añadió los códigos <i>CPT 94726, 94727, 94728, y 94729</i>
ASKINSUB Skin Substitutes	Eliminado el código HCPCS C9365 Añadido el código HCPCS Q4124 Añadió los código HCPCS C9366, Q4122, Q4123, Q4125, Q4126, Q4127, Q4128, Q4129, y Q4130 a la sección "The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products" de la LCD Eliminó el rango de aplicación de los códigos <i>CPT 15100-15431, códigos CPT 15170, 15171, 15175, 15176, 15340, 15341, 15360, 15361, 15365, 15366, 15430, y 15431</i> y los códigos HCPCS G0440 y G0441 del anexo "Coding Guidelines" Añadió los códigos <i>CPT 15271-15278</i> al anexo "Coding Guidelines"
ATHERSVCS Therapy and Rehabilitation Services	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 96111</i> Añadió información relacionada al límite de terapia (petición de cambio 7529)
AXiaflex® Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®)	Removió el código <i>CPT 26989</i> Añadió los códigos <i>CPT 20527 y 26341</i>

Continúa en la página siguiente

Cambios...(continuación)

Título de la LCD	Cambios
A01991 Monitored Anesthesia Care (MAC) for Certain Interventional Pain Management Services (Coding Guidelines only)	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 27096, 62310 y 62311</i>
A22533 Lumbar Spinal Fusion for Instability and Degenerative Disc Disease	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 22612</i> Añadió los códigos <i>CPT 22633 y 22634</i>
A32491 Lung Volume Reduction Surgery	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 32491</i>
A61885 Vagal Nerve Stimulation (VNS) for Intractable Depression	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 64585, 95970, 95974, y 95975</i>
A75722 Renal Angiography	Eliminó los códigos <i>CPT 75722 y 75724</i> Añadió los códigos <i>CPT 36251, 36252, 36253, y 36254</i> Cambió el "Contractor's Determination Number" a <i>A36251</i>
A77078 Bone Mineral Density Studies	Eliminó los códigos <i>CPT 77079 y 77083</i>
A86849 Circulating Tumor Cell Testing	Removió el código <i>CPT 86849</i> Añadió los códigos <i>CPT 0279T y 0280T</i> Cambió el "Contractor's Determination Number" a <i>A0279T</i>
A93875 Non-invasive Extracranial Arterial Studies	Elimino el código <i>CPT 93875</i> Cambió el "Contractor's Determination Number" a <i>A93880</i>
A95860 Electromyography and Nerve Conduction Studies	Añadió los códigos <i>CPT 95885, 95886, y 95887</i>
A95990 Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 62367, 95990, y 95991</i> Añadió los códigos <i>CPT 62369 y 62370</i>

Fuente: Pub 100-04, transmittal, petición de cambio 7540

Formulario de Parte A

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims

Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Inscripción del proveedor

Procedimientos de inscripción para acreditación de imagen diagnóstica avanzada

Número de *MLN Matters*: MM7177
 Número de petición de cambio relacionado: 7177
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R380PI
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2012

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) aprobaron tres organizaciones nacionales de acreditación (AOs) para proveer servicios de acreditación para suplidores de componentes técnicos (TC) de procedimientos de imagen diagnóstica avanzada.

La acreditación solo aplicará a los proveedores de las imágenes, y no a la interpretación médica de la imagen. La acreditación solo aplica a los que son

pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para Médicos y profesionales de la salud.

Médicos, profesionales de la salud, y centros independientes de pruebas diagnósticas (IDTFs) presentando reclamaciones para el TC de servicios de imagen diagnóstica avanzada beneficiarios de Medicare deben ser acreditados antes del 1 de enero de 2012.

Información adicional

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

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

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

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

Información de certificación ADI no es requerida vía el proceso de inscripción

En enero de 2012, todos los suplidores de Parte B incluyendo los médicos, y los profesionales de la salud que realizan el componente técnico de los servicios de imagen diagnóstica avanzada – también conocido como ADI – que son pagados bajo el Medicare physician fee schedule (MPFS) necesitarán ser acreditadas por una de las organizaciones acreditadoras aprobadas por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). La organización de acreditación transmitirá todos los datos necesarios a CMS en una base continua; su contratista de facturación de Medicare recibirá estos datos de CMS. Debido a que este archivo está siendo recibido en CMS de las organizaciones que acreditan, no es necesario que los proveedores suministren la información ADI en sus respectivos formularios CMS-855 o en el Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) basado en Internet.

Recordatorio: Cuando envíe su información a la organización acreditadora, asegúrese que usted provee el identificador nacional del proveedor (NPI) que usted utilizó para inscribir el nombre legal del negocio del centro de salud en el National Plan and Provider Enumeration System (NPPES). Si usted provee el NPI incorrecto, notifique a su organización acreditadora tan pronto como sea posible.

Vea los siguientes artículos del *MLN Matters*® para más información sobre el requisito de certificación ADI:

- [Accreditation for Physicians and Non-Physician Practitioners Supplying the Technical Component \(TC\) of Advanced Diagnostic Imaging \(ADI\) Services](#)
- [Advanced Diagnostic Imaging Accreditation Enrollment Procedures](#)

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 201112-29

Información General

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

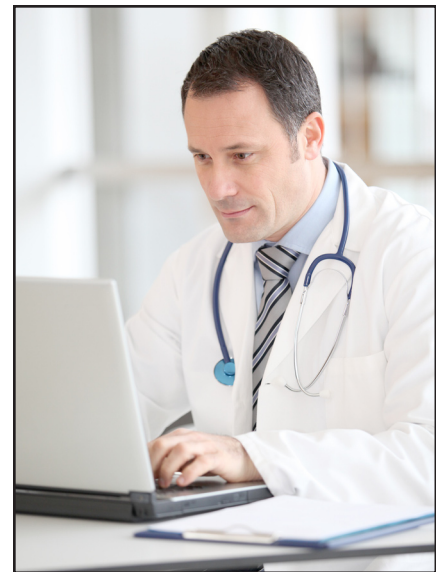
Número de *MLN Matters*: MM6417 - Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 6417
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de noviembre de 2011
Fecha de efectividad: Fase 1: 5 de octubre de 2009
Número de transmisión de CR relacionado: R991OTN
Fecha de implementación: Fase 1: 5 de octubre de 2009, Fase 2: Será anunciada

Resumen

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

Especialistas elegibles:

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



Fases de implementación

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

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

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

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

Información adicional disponible en el sitio Web de CMS.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R991OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 991, CR 6417

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

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 website](#) para 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

Recursos revisados disponibles del Medicare Learning Network

‘Medicare Physician Guide’ revisado y disponible en CD-ROM

El *Medicare Physician Guide* (ICN 005938) ha sido revisado y está disponible en formato de CD-ROM. Esta guía incluye la siguiente información:

- Una introducción al programa de Medicare
- Convertirse en un proveedor o suplidor de Medicare
- Reembolso de Medicare
- Servicios de Medicare
- Protegiendo el fondo fiduciario de Medicare
- Apelación de sobrepagos y sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare
- Orientación y educación a los proveedores

Para hacer su pedido, visite la [página de productos de MLN](#), vaya hasta el “Related Links Inside CMS,” y seleccione el [MLN Product Ordering Page](#).

‘Power Mobility Devices’ Hoja informativa revisada

La hoja informativa *Power Mobility Devices (PMDs): Complying with Documentation & Coverage Requirements* (ICN 905063) está diseñada para proveer educación sobre errores comunes en el programa para probar tasas de error comprensivas relacionado a los dispositivos eléctricos de movilidad (PMD). Incluye una lista de verificación de la documentación necesaria para respaldar una reclamación presentada a Medicare para PMDs.

Continúa en la página siguiente

Recursos...(Continuación)

'Medicare Information for Advanced Practice Registered Nurses, Anesthesiologist Assistants, and Physician Assistants' folleto disponible

El folleto revisado *Medicare Information for Advanced Practice Registered Nurses, Anesthesiologist Assistants, and Physician Assistants* (ICN 901623) provee educación sobre servicios prestados por enfermeras profesionales licenciadas de práctica avanzada, asistente de anesestesiólogos y asistentes médicos. Este folleto incluye la siguiente información sobre requisitos de Medicare para estos tipos de proveedores:

- Cualificaciones requeridas
- Criterio de cobertura
- Facturación
- Pago

Para hacer su pedido, visite la [página de productos de MLN](#), vaya hasta el "Related Links Inside CMS," y seleccione el [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 201111-57

Problema de procesamiento de reclamaciones afecta reclamaciones por servicios médicos excluidas de la estadía CB en SNF

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha identificado un problema de procesamiento de reclamaciones que ha afectado el pago de algunas reclamaciones de Parte B para pacientes del centro de enfermería especializada (SNF) para fechas de servicio durante el periodo de tiempo: **sábado, 1 de octubre hasta el lunes, 21 de noviembre.**

Algunas reclamaciones de la parte B para pacientes de SNF presentadas a Medicare durante octubre y noviembre han sido negadas erróneamente por el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare. En otros casos, el sistema de procesamiento de reclamaciones ha pagado y luego han identificado un "sobrepago de Medicare" por error en estas reclamaciones.

Si usted presentó una reclamación a la Parte B para un paciente de SNF, usted puede recibir una carta de demanda generada por el sistema de Medicare, o puede ver una notificación sobre un pago de compensación en su remesa de pago.

Si usted recibe una carta de demanda generada por el sistema relacionada a este problema, la "razón específica para el sobrepago" estará listada según mostrado en el área resaltada en la gráfica a continuación:

Invoice Number: XXXXXXXXXX

Claim No.	Beneficiary Name	HIC No.	Service Date From	Service Date To	Amount Overpaid	Paid Date	Performing Provider No.
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	09/30/2011	09/30/2011	\$17.61	10/19/2011	XXXXXXXXXX

Reason for Overpayment: Based on Medicare Policy, services within a Skilled Nursing Facility period are subject to consolidated billing and should not be paid separately. Our records indicate that this claim is subject to Skilled Nursing Facility consolidated billing. Therefore, payment was made to you in error.

Su contratista administrativo de Medicare (MAC) está trabajando con Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para resolver este problema en el sistema de procesamiento de reclamaciones, para que ajustes de pago apropiados puedan ser efectuados.

CMS les pide a los proveedores no apelar estas reclamaciones en estos momentos. Como estos son ajustes erróneos en el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare, *presentar una apelación puede retrasar el ajuste correcto para su reclamación.*

Su MAC le notificará cuando el proceso de ajuste para estas reclamaciones haya sido iniciado, para que usted pueda anticipar cuando sus reclamaciones (junto con cualquier notificación de recuperación de pago) serán ajustadas. CMS se disculpa por cualquier inconveniente que este problema haya podido causarle.

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 201112-09

Hoja informativa revisada ‘Misinformation on Chiropractic Services’

La hoja informativa “*Misinformation on Chiropractic Services*” (ICN 006953) está diseñada para proveer educación sobre las regulaciones y políticas de Medicare sobre los servicios quiroprácticos a los proveedores de servicio a tarifa (FFS) de Medicare. Incluye información sobre la documentación necesaria para sustentar una reclamación enviada a Medicare por servicios quiroprácticos.

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 201111-44

Folleto revisado ‘Medicare Remit Easy Print Software’

El folleto “*Medicare Remit Easy Print Software*” (ICN 006903) está diseñado para proveer educación sobre el software Medicare Remit Easy Print (MREP) que permite a los médicos y suplidores ver e imprimir su información de remesa. Incluye una perspectiva general del software, los beneficios de utilizar la información de la remesa electrónica, los requisitos mínimos del sistema, y los recursos disponibles.

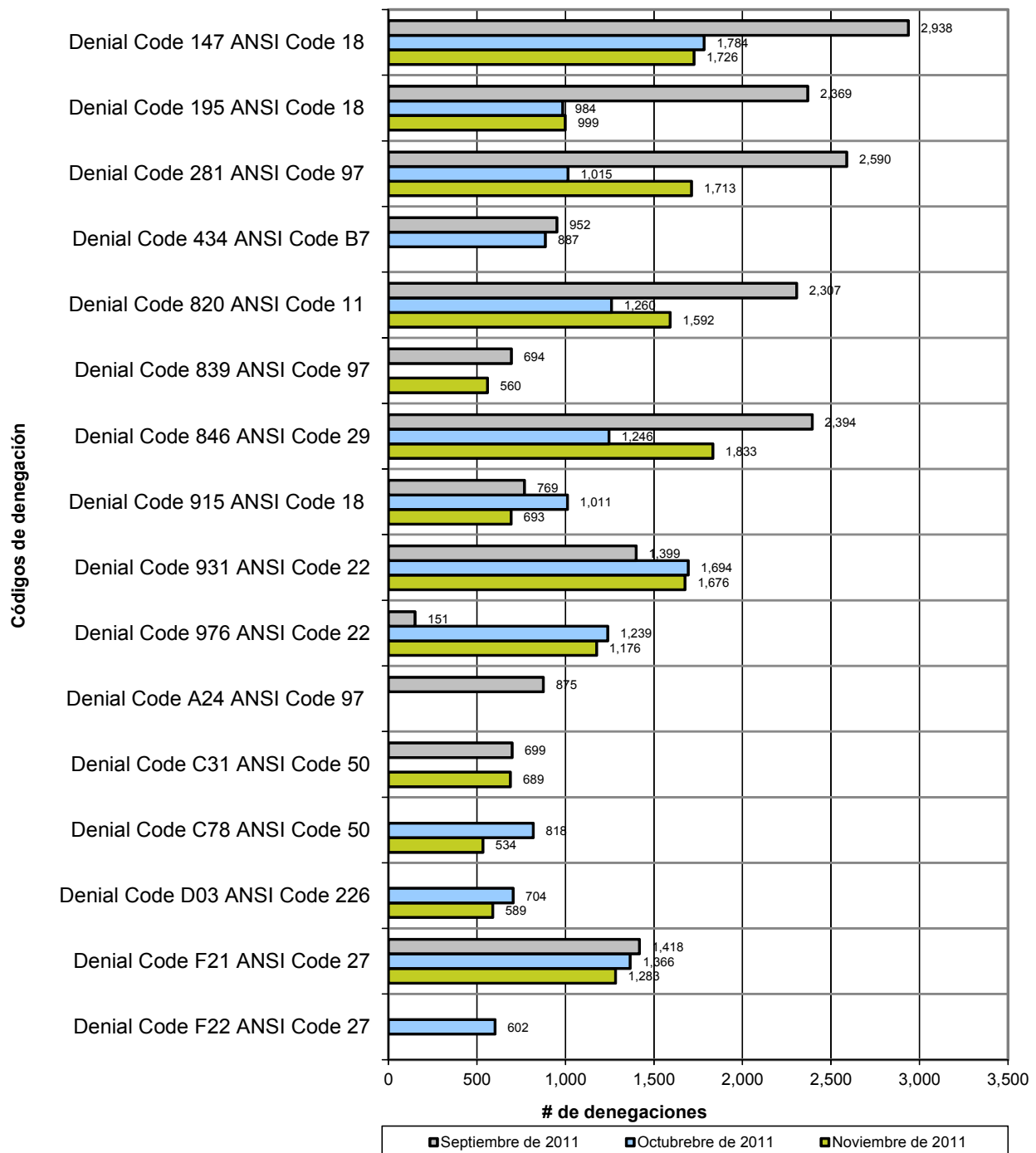
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201111-44

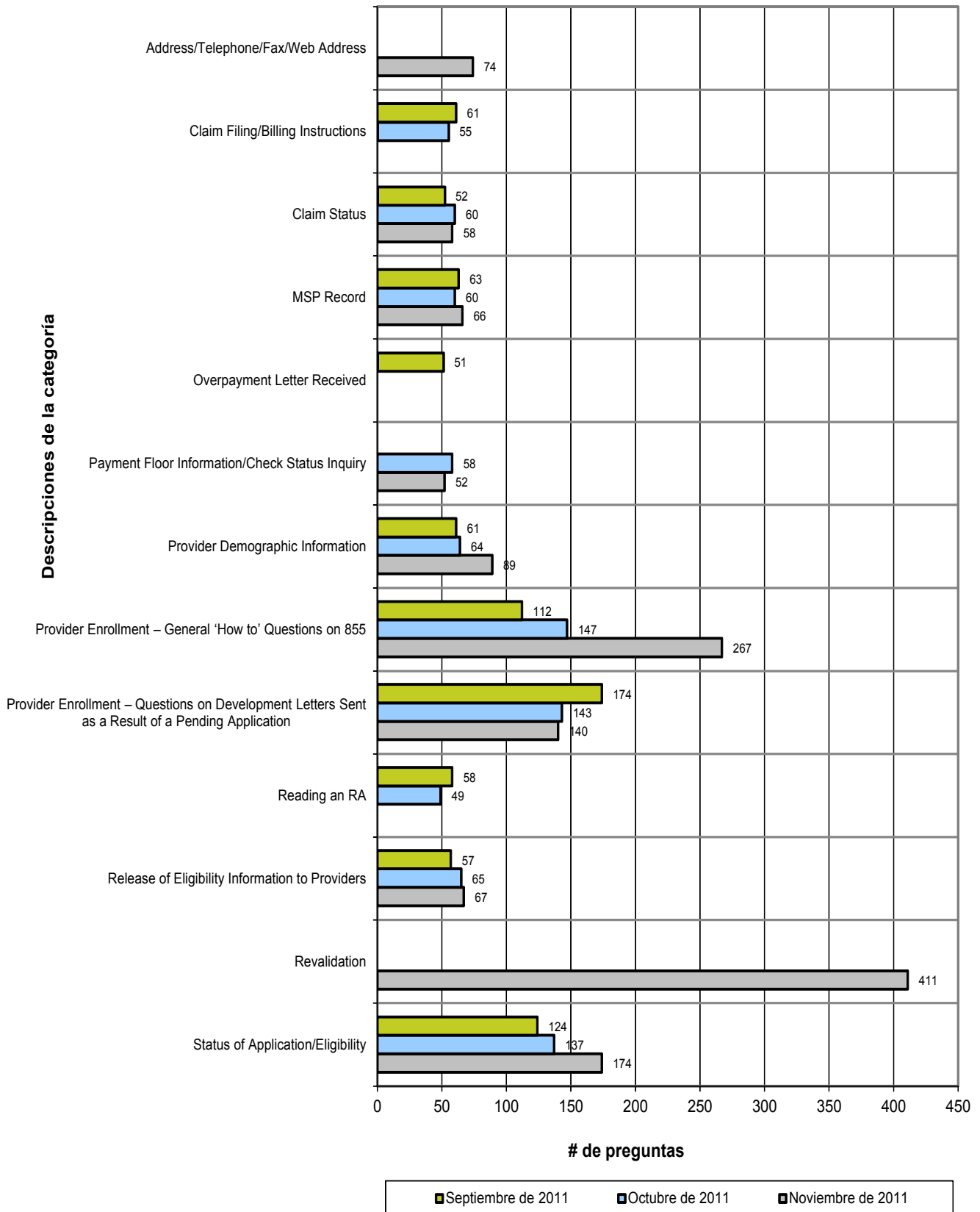
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en septiembre-noviembre de 2011

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 septiembre-noviembre 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/

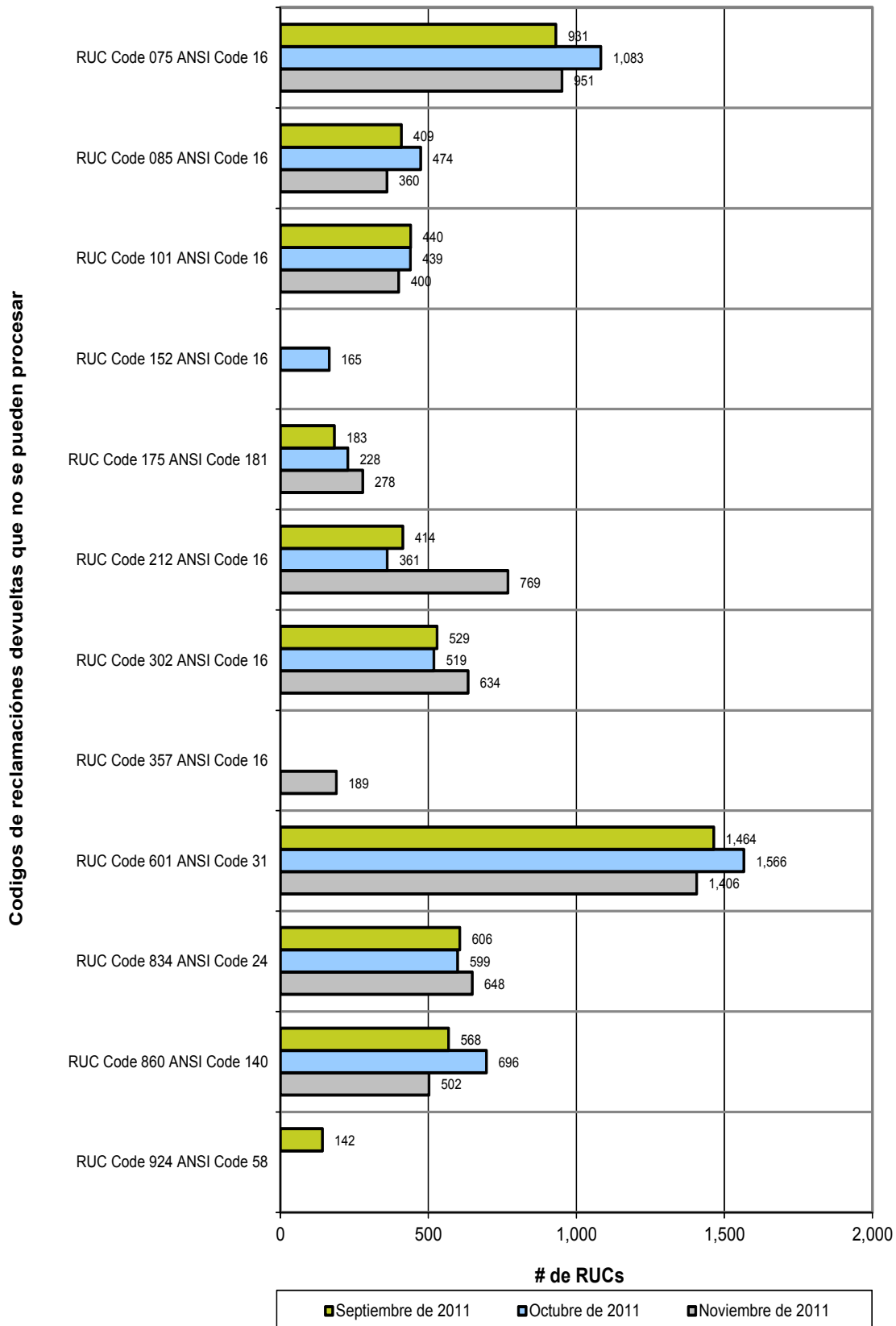
Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en septiembre-noviembre de 2011



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



RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en septiembre-noviembre 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

LCD Nuevas

76376: 3D interpretation and reporting of imaging studies	71
64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS)	71

Revisiones a las LCD Existentes

NCSVCS: Noncovered services.....	72
93922: Non-invasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries	72
93925: Duplex scan of lower extremity arteries	73
17311: Mohs micrographic surgery (MMS)	73

Información Médica Adicional

YERVOY™ (ipilimumab)	74
J9033: Treanda® (bendamustine hydrochloride) por inyección, por infusión intravenosa-clarificación sobre facturación ..	75
G0250: Revisión médica, interpretación y el monitoreo del manejo del paciente, tiempo de protrombina (PT) en el hogar y la proporción normalizada internacional (INR)	75
Cambios a determinación local de cobertura HCPCS 2012 ..	76

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).

LCD Nuevas

76376: 3D interpretation and reporting of imaging studies – nueva LCD

Identificador de LCD: L32312 (Florida)

Identificador de LCD: L32312 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El enfoque tecnológico de imágenes “multi-slice” junto con las técnicas de imágenes mejoradas ha permitido la generación de imágenes tridimensionales (3D) conocidas como reconstrucción 3D o interpretación 3D. Imágenes tridimensionales han sido aplicadas a ultrasonidos, ecocardiografía, tomografía computadorizada (CT), imágenes de resonancia magnética (MRI) y otras modalidades tomográficas. Aplicaciones de esta tecnología incluyen, por ejemplo, imágenes de las arterias coronarias, visualización de la vasculatura del sistema nervioso central e imagen mejorada del tórax que incluye, por ejemplo, aneurismas aórtica, enfermedad embólica y lesiones inflamatorias y neoplásicas.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para esbozar indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos CPT, códigos diagnósticos ICD-9-CM secundarios que apoyan la necesidad médica, requisitos de documentación y pautas de utilización.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos a partir del 31 de enero de 2012. Las LDC de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del CMS Medicare Coverage Database 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.

64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS) – nueva LCD

Identificador de LCD: L32304 (Florida)

Identificador de LCD: L32304 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Alterar la función del nervio tibial posterior con estimulación del nervio tibial posterior (PTNS) se cree que es para mejorar la función y el control de la micción. Mientras el nervio tibial posterior está localizado cerca del tobillo, se deriva de los “lumbar-sacral nerves” (L4-S3), el cual controla el detrusor de la vejiga y piso perineal. PTNS es mínimamente invasiva, tratamiento efectuado en la oficina para pacientes con vejiga hiperactiva que no están destinados para terapia de primera línea, pero para pacientes que son refractarios a la conducta y/o terapias farmacológicas.

Una determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para dar indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, código CPT, códigos ICD-9-CM, requisitos de documentación, pautas de utilización y pautas de codificación para PTNS.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LDC de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través del “CMS Medicare Coverage Database” 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 las LCD con una fecha efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” al principio de la lista de la página de las LCD.

Revisiones a las LCD Existentes

NCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se le hizo una revisión a la LCD. Los siguientes códigos fueron evaluados y se determinó que no es médicamente razonable y necesario en este momento basado en la evidencia actual publicada (e.g., literatura médica revisada por colegas, estudios publicados): código HCPCS C1749 (Endoscope, retrograde imaging/illumination colonoscopic device (implantable); e.g. Third Eye Retroscope®) (Ambulatory Surgical Centers [ASCs] only) y el código CPT 44799 (Endoscope, retrograde imaging/illumination colonoscopic device (implantable) [e.g. Third Eye Retroscope®]) (servicios médicos solamente) basado en la petición de cambio (CR) 1747 de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), y el código HCPCS C1840 (Lens, intraocular [telescopic] (los ASC solamente) y el código CPT 66999 (Lens, intraocular (telescopic)/implantable miniature telescope [IMT]) (servicios médicos solamente) basado en CMS CR 7547. La categoría de códigos III CPT 0276T (Bronchoscopy, rigid or flexible, including fluoroscopic guidance, when performed; with bronchial thermoplasty, 1 lobe) y 0277T (Bronchoscopy, rigid or flexible, including fluoroscopic guidance, when performed; with bronchial thermoplasty, 2 or more lobes) también fueron evaluados y se determinó que no es médicamente razonable y necesario en este momento. Los siguientes códigos fueron añadidos a la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions – Devices” de la LCD: C1749 y C1840, 44799, 66999. Los siguientes códigos fueron añadidos a la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD: 0276T y 0277T.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través del CMS Medicare Coverage Database 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 las LCD con una fecha efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” al principio de la lista de la página de las LCD.

93922: Non-invasive physiologic studies of upper or lower extremity arteries – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29237 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios fisiológicos de arterias de las extremidades superiores o inferiores no invasiva fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir indicaciones relacionadas a estudios de seguimiento de las condiciones postoperatorias y para actualizar el lenguaje en las secciones listadas a continuación.

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y base para la toma de decisión

Las secciones “Methods not acceptable for Reimbursement” y “Training Requirements” de la LCD han sido relocalizadas dentro de la LCD. El suplemento “Coding Guidelines” de la LCD también ha sido revisado.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database 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.

93925: Duplex scan of lower extremity arteries – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29158 (Florida)

Identificador de LCD: L29336 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para tomografía dúplex de las arterias de las extremidades inferiores fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir indicaciones relacionadas a estudios de seguimiento de las condiciones postoperatorias y para actualizar el lenguaje en las secciones listadas a continuación.

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y base para la toma de decisión

Las secciones “Methods not acceptable for Reimbursement” y “Training Requirements” de la LCD han sido relocalizadas dentro de la LCD. El suplemento “Coding Guidelines” de la LCD también ha sido revisado.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 31 de enero de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database 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.

17311: Mohs micrographic surgery (MMS) – revisión de borrador a la LCD

Identificador de LCD: L29230 (Florida)

Identificador de LCD: L29366 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Una revisión del borrador de la determinación local de cobertura (LCD) fue publicado el 7 de octubre de 2011, para clarificar los criterios de cobertura sobre el uso apropiado de “Mohs micrographic surgery” (MMS). La LCD actual que está activa ha estado efectiva desde 1998 antes de la transición a la jurisdicción 9 (J9) en el 2009, y ha tenido revisiones menores (no consideradas más restrictivas a la comunidad). El borrador actual es una revisión mayor (nuevos requisitos). La mayoría de los comentarios recibidos discutían la sección “Limitaciones” de la LCD, específicamente los requisitos de adiestramiento, y el asunto de limitar el procedimiento a los médicos con cierto adiestramiento, dado que la definición de razonable y necesario de Medicare incluye lenguaje que requiere que el servicio sea ordenado y prestado por personal calificado. Adicionalmente, había comentarios sobre el lenguaje que requiere fotos digitales de los defectos a estar disponibles de ser solicitados (notado en la sección “Documentation Requirements” de la LCD). El resumen de comentario está disponible en el sitio Web de First Coast Service Options Inc. (FCSO).

La revisión mayor del contratista administrativo de Medicare (MAC) de J9 permanecerá bajo consideración hasta próximo aviso. Se anticipa que información adicional en el dominio público estará disponible a principios del 2012 para consideración en el borrador.

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

YERVOY™ (ipilimumab)

Los melanomas son neoplasmas malignos de melanocitos desarrollándose predominantemente en la piel, pero ocasionalmente surgiendo de los ojos, membranas mucosas, y el sistema nervioso central (central nervous system, CNS). Los melanocitos son responsables de proveer pigmento en la piel (ojos, membranas mucosas y CNS). Entre los tres tipos de cáncer de piel, melanoma es el más agresivo y también el más serio. Melanoma metastático se refiere a la enfermedad que tiene expansión de su sitio de lesión original de partes de la piel, y eventualmente a otras partes del cuerpo distantes al sitio de lesión primario.

YERVOY™ (ipilimumab) es indicado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de melanoma resecable o metastático.

La dosis recomendada de YERVOY (ipilimumab) es 3 mg/kg administrada intravenosamente sobre 90 minutos cada tres semanas para un total de cuatro dosis.

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 25 de marzo de 2011, hasta el 15 de octubre de 2011, YERVOY puede ser considerado para cobertura, asumiendo que la documentación sustente las indicaciones razonables y necesarias cuando son solicitadas para los siguientes códigos ICD-9-CM:

Códigos ICD-9-CM	Descriptores para los códigos ICD-9-CM
154.2	Neoplasma maligno del canal anal
154.3	Neoplasma maligno del ano, no especificado
172.0-172.9	Melanoma maligno de la piel
184.0	Neoplasma maligno de la vagina
184.1	Neoplasma maligno los labios mayores
184.2	Neoplasma maligno de los labios menores
187.1	Neoplasma maligno del prepucio
187.4	Neoplasma maligno del pene, parte no especificada
187.7	Neoplasma maligno del escroto
187.9	Neoplasma maligno del órgano genital masculino, sitio no especificado
190.0	Neoplasma maligno del globo del ojo, excepto conjuntiva, córnea, retina, y coroides
190.1	Neoplasma maligno de orbe
190.2	Neoplasma maligno de glándula lacrimal
190.3	Neoplasma maligno de conjuntiva
190.5	Neoplasma maligno de la retina
190.6	Neoplasma maligno de coroides
190.9	Neoplasma maligno del ojo, parte no especificada

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 16 de octubre de 2011, en adición a la consideración para cobertura de las indicaciones arriba y los códigos ICD-9-CM arriba, las siguientes indicaciones compendio y adiciones a los códigos ICD-9-CM también serán consideradas para cobertura de YERVOY (ipilimumab) como un solo agente:

- Metástasis en tránsito resecable estado III
- Local/satélite y/o recurrencia resecable en tránsito
- Recurrencia nodal resecable incompleta
- Recurrencia limitada o enfermedad metastática
- Recurrencia diseminada o enfermedad metastática en pacientes con buen estatus de desempeño
- Reinducción en pacientes selectos que experimentan toxicidad sistémica no significativa antes de la terapia de ipilimumab y que recaen después de la respuesta clínica inicial o progresan después de una enfermedad estable más de tres meses.

Continúa en la página siguiente

YERVOY...(Continuación)**Códigos ICD-9-CM Descriptores para los códigos ICD-9-CM**

198.3	Neoplasma maligno secundario del cerebro y médula espinal
199.0	Neoplasma maligno sin especificación del sitio, diseminado
199.1	Otros neoplasmas malignos sin especificación del sitio
V10.82	Historial personal de neoplasma maligno de melanoma maligno de la piel

Para las fechas de servicio antes del 1 de enero de 2012, los códigos HCPCS no listados J3490, J3590, J9999, o código HCPCS C9284 deben ser facturados para YERVOY™ (ipilimumab). A partir de la fecha de servicio del 1 de enero, el código HCPCS J9228 debe ser facturado para YERVOY™ (ipilimumab).

J9033: Treanda® (bendamustine hydrochloride) por inyección, por infusión intravenosa-clarificación sobre facturación

Treanda® por inyección es una medicina alquilante la cual fue aprobada por la administración de comida y medicina (FDA) el 20 de marzo de 2008 para las siguientes indicaciones:

- Leucemia linfocítica crónica (CLL)
- Linfoma indolente de células B no Hodgkin (NHL) que ha progresado durante o dentro de seis meses de tratamiento con rituximab o un régimen que contiene rituximab.

El contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9) tiene una determinación local de cobertura (LCD) cobertura de medicina con y sin etiqueta y productos biológicos para pacientes ambulatorios. Esta LCD describe los criterios generales de cobertura para medicinas aprobadas para mercadeo por el uso con etiqueta de la FDA así como también como el uso sin etiqueta en caso de que una determinación nacional de cobertura (NCD) o de un MAC J9 LCD no esté direccionando una medicina en específico. Actualmente no hay un MAC J9 LCD para Treanda®.

MAC J9 considera los códigos de diagnóstico de ICD-9-CM **200.00-200.88; 202.00-202.98, 204.10, 204.11, y 204.12** ser el respaldo de las indicaciones anteriores sobre CLL y NHL. El MAC J9 planifica desarrollar en un futuro cercano un LCD que dirija ambas indicaciones para Treanda®, con etiqueta o sin etiqueta.

G0250: Revisión médica, interpretación y el monitoreo del manejo del paciente del tiempo de protrombina (PT) en el hogar y de la proporción normalizada internacional (INR)

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha identificado un aumento en la utilización de HCPCS code G0250 (Physician review, interpretation, and patient management of home INR testing for patient with either mechanical heart valve(s), chronic atrial fibrillation, or venous thromboembolism who meets Medicare coverage criteria; testing not occurring more frequently than once a week; billing units of service include 4 tests). Adicionalmente, un patrón de facturación que exceda los parámetros de utilización indicados en la descripción del código es evidente. Parece ser que los proveedores están facturando por revisión, interpretación y manejo de cada prueba de PT/INR. FCSO no esperaría que HCPCS code G0250 sea facturado más de una vez en un periodo de 30 días ya que cada unidad facturada iguala el total de cuatro pruebas que no ocurren más de una vez a la semana.

Para información adicional sobre el monitoreo de PT/INR en el hogar por favor refiérase a la publicación 100-03 de Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), *Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual*, Capítulo 1, Sección 190.11 (Home Prothrombin Time/International Normalized Ratio [PT/INR] Monitoring).

Cambios a la determinación local de cobertura HCPCS 2012

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones locales de cobertura (LCD) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 2012. Los códigos de procedimiento han sido añadidos, revisados, reemplazados y eliminados como corresponde:

Título de la LCD	Cambios
BOTULINUM TOXINS Botulinum Toxins	Eliminó el código HCPCS Q2040 Añadió el código HCPCS J0588
IDTF Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF) (Coding Guidelines only)	Eliminó los códigos CPT 73542, 75722, 75724, 77079, 77083, 78220, 78223, 78584, 78585, 78586, 78587, 78588, 78591, 78593, 78594, 78596, 92120, 92130, 93720, 93721, 93875, 94240, 94260, 94350, 94360, 94370, 94720, y 94725 del anexo "Coding Guidelines" Añadió los códigos CPT 74174, 78226, 78227, 78579, 78582, 78597, 78598, 94726, 94727, 94728, 94729, 95885, 95886, 95887, 95938, y 95939 al anexo "Coding Guidelines"
J0129 Abatacept	Cambio de descriptor para los códigos HCPCS J0129
J1459 Intravenous Immune Globulin	Eliminó el código HCPCS C9270 Añadió el código HCPCS J1557
J1740 Bisphosphonates (Intravenous [IV]) and Monoclonal Antibodies in the Treatment of Osteoporosis and Their Other Indications	Eliminó el código HCPCS C9272 Removió el código HCPCS J3590 Añadió el código HCPCS J0897 Cambió el "Contractor's Determination Number" a J0897
J7187 Hemophilia Clotting Factors	Eliminó el código HCPCS Q2041 Añadió el código HCPCS J7183 Cambió el "Contractor's Determination Number" a J7183
NCSVCS Noncovered Services	Cambio de descriptor para los códigos CPT 90581, 90644, 90867, y 90868 Eliminó los códigos CPT 0155T, 0156T, 0157T, y 0158T (reemplazado con el código CPT 43659) y el código CPT 0168T (reemplazado con el código CPT 30999) Removió el código CPT 46999 y reemplazado con el código CPT 0288T Añadió el código CPT 90869
PULMDIAGSVCS Pulmonary Diagnostic Services	Eliminó los códigos CPT 93720, 93721, 93722, 94240, 94260, 94350, 94360, 94370, 94720, y 94725 Añadió los códigos CPT 94726, 94727, 94728, y 94729
SKINSUB Skin Substitutes	Eliminó el código HCPCS C9365 Añadió el código HCPCS Q4124 Añadió los códigos HCPCS C9366, Q4122, Q4123, Q4125, Q4126, Q4127, Q4128, Q4129, y Q4130 a la sección "The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products" de la LCD Eliminó aplicación del rango de códigos CPT 15100-15431, códigos CPT 15170, 15171, 15175, 15176, 15340, 15341, 15360, 15361, 15365, 15366, 15430, y 15431 y los códigos HCPCS G0440 y G0441 del anexo "Coding Guidelines" Añadió los códigos CPT 15271-15278 al anexo "Coding Guidelines"

Continúa en la página siguiente

Cambios...(Continuación)

Título de la LCD	Cambios
THERSVCS Therapy and Rehabilitation Services	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 96111</i> Añadió información relacionada al límite de terapia (petición de cambio 7529)
Xiaflex® Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®)	Removió el código <i>CPT 26989</i> Añadió los códigos <i>CPT 20527</i> y <i>26341</i>
01991 Monitored Anesthesia Care (MAC) for Certain Interventional Pain Management Services (Coding Guidelines only)	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 27096</i> , <i>62310</i> y <i>62311</i>
22520 Percutaneous Vertebroplasty	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 22520</i> , <i>22521</i> , y <i>22522</i>
22533 Lumbar Spinal Fusion for Instability and Degenerative Disc Disease	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 22612</i> Añadió los códigos <i>CPT 22633</i> y <i>22634</i>
27096 Sacroiliac Joint Injection	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 27096</i> Eliminó el código <i>CPT 73542</i> Removió el código <i>CPT 77003</i> basado en cambio de descriptor para el código <i>CPT 27096</i>
32491 Lung Volume Reduction Surgery	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 32491</i>
61885 Vagal Nerve Stimulation (VNS) for Intractable Depression	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 64585</i> , <i>95970</i> , <i>95974</i> , y <i>95975</i>
62310 Epidural	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 62310</i> y <i>62311</i>
64561 Sacral Neuromodulation	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 64561</i> y <i>64581</i> Cambio de descriptor para el código <i>CPT 64585</i> en el "Coding Guidelines"
64622 Destruction of Paravertebral Facet Joint Nerve(s)	Eliminó los códigos <i>CPT 64622</i> , <i>64623</i> , <i>64626</i> , y <i>64627</i> Añadió los códigos <i>CPT 64633</i> , <i>64634</i> , <i>64635</i> , y <i>64636</i> Cambió el "Contractor's Determination Number" a 64633
75722 Renal Angiography	Eliminó los códigos <i>CPT 75722</i> y <i>75724</i> Añadió los códigos <i>CPT 36251</i> , <i>36252</i> , <i>36253</i> , y <i>36254</i> Cambió el "Contractor's Determination Number" a 36251
77078 Bone Mineral Density Studies	Eliminó los códigos <i>CPT 77079</i> y <i>77083</i>
86849 Circulating Tumor Cell Testing	Removió el código <i>CPT 86849</i> Añadió los códigos <i>CPT 0279T</i> y <i>0280T</i> Cambió el "Contractor's Determination Number" a 0279T
93875 Non-invasive Extracranial Arterial Studies	Eliminó el código <i>CPT 93875</i> Cambió el "Contractor's Determination Number" a 93880
95860 Electromyography and Nerve Conduction Studies	Añadió los códigos <i>CPT 95885</i> , <i>95886</i> , y <i>95887</i>
95925 Somatosensory Testing	Añadió el código <i>CPT 95938</i>
95990 Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT 62367</i> , <i>95990</i> , y <i>95991</i> Añadió los códigos <i>CPT 62369</i> y <i>62370</i>

Fuente: Pub 100-04, transmittal, petición de cambio 7540

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 http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp , http://medicare.fcso.com/publications_B/index.asp 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