

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Enero 2012



Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales	31
Información para proveedores de la Parte A.....	32
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	42
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	44
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	45
Información para proveedores de la Parte B.....	46
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	57
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	60
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	61

Presidente Obama firma el Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act of 2011

Nueva ley incluye actualización del ajuste del médico hasta febrero de 2012



El viernes, 23 de diciembre de 2011, el Presidente Obama firmó en ley el Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act of 2011 (TPTCCA). Esta nueva ley previene un recorte de pago programado para los médicos y otros profesionales de la salud que tratan a pacientes de Medicare de tomar efecto inmediatamente. Mientras la actualización negativa para el 2012 Medicare Physician Fee Schedule ahora está programada a tomar efecto el 1 de marzo de 2012, la administración

permanece vigorosamente opuesta a permitir que este recorte tome efecto. Como él ha hecho claro en repetidas ocasiones, el Presidente Obama está comprometido a una solución permanente para eliminar el recorte del índice de crecimiento sostenible. Continuaremos trabajando con el Congreso para alcanzar esta meta.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) también han implementado varios cambios importantes para los proveedores y beneficiarios de Medicare, y deseamos recordarles a los médicos y profesionales de la salud de algunos de estos cambios clave para el 2012. Para muchos de sus pacientes, los costos de Medicare bajarán. Los costos compartidos de Medicare para los servicios de Parte B declinarán en algunos casos y, por primera vez, el deducible de Parte B será reducido, por \$22, a \$140.

Adicionalmente, los profesionales de la atención médica serán pagados más por proveer ciertos servicios importantes para las personas con Medicare. CMS ha incrementado la cantidad de pago para la visita de bienestar inicial y anual –la cual no tiene costo compartido para los pacientes– para contar para la introducción de la evaluación de riesgo de salud (health risk assessment, HRA). CMS cree que es importante balancear la totalidad del HRA con la carga potencial de los pacientes y las dificultades de tiempo de los profesionales de la salud. Como tal, en 2012, CMS permitirá variación en el contenido del HRA.

Continúa en la página 16



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3
Actualización trimestral para proveedores	4
Partes A y B	
HIPAA	
Beneficios y recursos de versión 5010	5
Edición del NDC de Parte A del FFS	5
Nuevas FAQ publicadas de ASC X12	6
Profesionales seleccionados	6
Complete su actualización de versión 5010	7
Transición a la versión 5010 y NCPDP D.0	7
Cambios adicionales de 5010	8
Requisito de descripción de código	8
Cobertura y Reembolso	
Tratamiento inmunoterapia celular	9
Actualización a las tarifas de Medicare	9
Intercambio Electrónico de Datos	
CMS modificó lenguaje incluido en RARC	10
Actualización de código razón de ajuste	11
Facturación	
Agrupación de pagos servicios provistos	11
Disponible: Shared Savings Program	12
Anuncios de licitación DMEPOS	12
Se acaba el tiempo para registrarse	13
Requisitos de reporte de crédito	14
Nuevo webcast para la ronda 2	14
Tarifas Fijas	
Actualización emergencia al MPFSDB	15
Extensión al programa anual	15
'Medicare Physician Fee Schedule'	18
ICD-10	
Teleconferencia sobre ICD-10	18
Presentaciones disponibles en YouTube	19
Recursos para ayudar transición ICD-10	20
Inscripción del Proveedor	
CMS requiere estándares de HIPAA	20
Todos pagos de Medicare serán por EFT	22
Recordatorio a los que proveen servicios	23
Información General	
PPS ESRD y facturación consolidada	23
Programa de auditoría de recuperaciones	24
CMS anuncia retrasos de proyectos	24
Disponibles presentaciones diapositivas	25
Disponible el programa de incentivo	25
Actualización conjunto códigos HCPCS	26
Próximas fechas programa incentivo EHR	26
Concientización sobre glaucoma	27
Actualizaciones del MLN	27
Recursos preventivos disponibles del MLN	30
'Medicare Quarterly Provider Compliance'	30
Política de pago del bono HPSA	30
Recursos Educativos	
Próximos eventos educativos	31

Parte A

Hospital

Actualización de enero de OPPS	32
Reclamaciones que reprocesan	32
'Acute Care Hospital IPPS'	33
Actualizaciones al software IRIS	33
'Hospital Value-Based Purchasing'	34

Pagos Prospectivos

Disponibles los archivos PSF SAS	34
Información para proveedores de OPPS	34
Actualización del archivo CY 2012 OPPS	34

Centros de Enfermería Especializada

Dirección a los hospitales de enseñanza	35
Certificaciones y recertificaciones	35
Solución para el código 31742	36
Actualizaciones de PC Pricer de SNF	36
Presentación disponible en YouTube	36

Información General

Procesamiento reclamaciones de FISS	37
'Federally Qualified Health Center'	37
'Medicare Shared Savings Program'	37
Códigos diagnósticos exentos	38

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	39
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de LCD Parte A	42
---	----

Ordenar materiales de Parte A

.....	44
-------	----

Contactos Parte A de Puerto Rico

.....	45
-------	----

Parte B

Centro de Cirugía Ambulatoria

Actualización de enero 2012 a ASC	46
'Ambulatory Surgical Fee Schedule'	46

Inscripción del Proveedor

Procedimientos de inscripción	47
Procedimientos inscripción acreditación	47
Requisitos de acreditación	48

Información General

Recordatorio de la iniciativa de no enviar	48
Expandiendo el MPPR	48
Actualización de abril de CCI	49
Descontinuado el reporte de comentarios	49
Disponibles productos PQRS 2012	50
Extensión de moratoria para laboratorios	52
Presentación de diapositivas	53

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	54
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de LCD Parte B	57
---	----

Ordenar materiales de Parte B

.....	60
-------	----

Contactos Parte B de Puerto Rico

.....	61
-------	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 1
Enero de 2012

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 and www.whitehouse.gov.

Sobre Esta Publicación

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

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

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

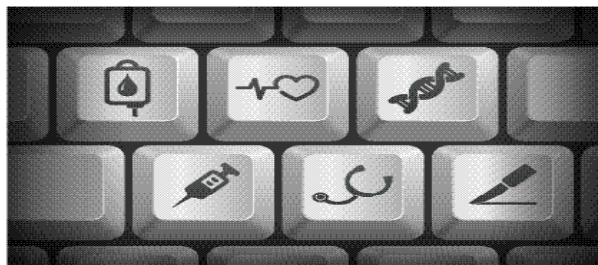
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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



Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

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

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

HIPAA 5010

Beneficios y recursos de la versión 5010

La versión 5010 ofrece grandes mejoras sobre la versión 4010/4010A; por ejemplo, la versión 5010:

- Mejora grandemente la estandarización de los datos administrativos y sustenta los sets de códigos ICD-9 y ICD-10
- Sustenta el envío electrónico de reclamaciones
- Provee mayor especificidad de datos clínicos e información del paciente, y
- Tiene una estructura más lógica, la cual ayudará en una selección de código más rápida y una facilidad de uso mejorada.

Recursos de la versión 5010

Favor de visitar las páginas [versión 5010](#) y [Latest News](#) en el sitio Web de ICD-10 de CMS para los recursos que le ayudarán con la transición a la versión 5010. Los recursos incluyen:

- Las siguientes hojas informativas pueden ayudar a realizar una versión sin problemas:
- [Version 5010: How Health Care Providers Can](#)
- [Version 5010: Testing Readiness, What You Need to Know](#)
- [FAQs: Versions 5010 and D.O Transition Basics](#)

- Manuales de implementación específicos para:
- [Large provider practices](#)
- [Payers](#)
- [Small hospitals](#), y
- [Small/medium provider practices](#)
- Un [widget](#) interactivo como también calendarios fáciles de imprimir para:
- [Large provider practices](#)
- [Small provider practices](#)
- [Payers](#), y
- [Vendors](#)

Manténgase actualizado sobre la versión 5010 y ICD-10

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

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

Fuente: CMS PERL 201201-05

Edición del NDC de la Parte A del FFS de Medicare

Efectivo el 21 de diciembre Medicare fee-for-service (FFS) apagó la versión 5010 corriente de ASC X12 del módulo de mejoras y edición común "common edit and enhancements module" (CEM) código nacional de medicamentos (NDC) edición de validación para Medicare Parte A. La edición específica de NDC que fue apagada requiere que el identificador de loop 2410 LIN03 de NDC sea validado contra la lista de códigos de NDC del Food and Drug Administration's (FDA). Un reemplazo para la edición de NDC será implementado en la Parte A de CEM para la publicación trimestral del sistema compartido de enero de 2012 la cual ejecutará edición sintáctica de solamente NDC sometido al identificador de loop 2410 LIN03.

Un anuncio similar fue distribuido para la desactivación de la edición de NDC de la Parte B el lunes, 19 de diciembre. La edición del NDC de la Parte B de Medicare fue desactivada el viernes, 9 de diciembre.

Trasfondo del código nacional de medicamentos

El NDC es un identificador de producto único utilizado para medicamentos para uso humano y es utilizado para reportar medicamentos recetados y productos biológicos cuando es requerido por regulaciones del gobierno, o cuando sea considerado por el proveedor para mejorar el reporte de reclamaciones o procesos

de adjudicación. El Drug Listing Act de 1972 requiere que los establecimientos registrados medicamentos registrados le provean a la FDA una lista corriente de todos los medicamentos fabricados, elaborados, propagados, compuestos o procesados por estos para distribución comercial. Los productos farmacéuticos son identificados y reportados utilizando el NDC.

El NDC es un número único expresado en tres secciones. Este identificador numérico es asignado a cada medicamento listado bajo la Sección 510 del US Federal Food, Drug, and Cosmetic Act. Las secciones identifican la etiquetadora o vendedor, el producto (en el ámbito de la etiquetadora), y el tipo de empaque (de este producto). Los documentos ASC X12 TR3 estipulan que la expresión de valores de NDC 5-4-2 se debe utilizar. Sin embargo, el FDA no tiene una versión del NDC en este (5-4-2) formato. Por lo tanto, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha creado una versión del NDC en el 11-byte derivado NDC numérico, la cual rellena el código de producto (cuatro posiciones) o secciones de código de paquete (dos posiciones) del NDC con un cero a la izquierda lo que resulta en una configuración 5-4-2 de longitud fija.

Fuente: CMS PERL 201112-55

Nuevas FAQ publicadas de ASC X12 versión 5010 disponibles – enlace corregido

El servicio a tarifa (FFS) de Medicare emitió un anuncio el miércoles, 14 de diciembre sobre su plan para el periodo de cumplimiento discrecional de 90 días para las entidades cubiertas que no son conformes con el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado seis preguntas frecuentes (FAQ) relacionadas a este plan. Estas nuevas FAQ pueden encontrarse en http://www.cms.gov/Versions5010andD0/Downloads/Qanda_for_90_day_announcement.pdf.

Para más información sobre ASC X12 versión 5010, National Council for Prescription Drug Program (NCPDP) D.0, y NCPDP 3.0; favor de visitar <http://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 201201-02

Profesionales del cuidado de la salud seleccionados para el nuevo programa de consejeros de innovación para mejorar la atención médica a los pacientes

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han seleccionado 73 personas de 27 estados y el Distrito de Columbia para su programa de consejeros de innovación.

Una lista de consejeros de innovación se encuentra en <http://www.cms.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=4240>.

La iniciativa, comenzada por CMS Innovation Center en octubre de 2011, ayudará a los profesionales de la atención médica a fortalecer sus destrezas que llevará a mejoras a la atención médica del paciente y reducir costos. Después de una fase inicial de orientación, los consejeros de innovación trabajarán con CMS Innovation Center para probar nuevos modelos de la entrega de la atención médica en sus propias organizaciones y comunidades. También crearán asociaciones para encontrar nuevas ideas que funcionan y compartirlas regionalmente y en todo los Estados Unidos.

Financiamiento para esta iniciativa fue hecho posible por el Affordable Care Act.

“Ha habido un movimiento increíble de interés para convertirse en consejero de innovación. Está claro que los doctores, hospitales y los proveedores de la atención médica están entusiasmados sobre la implementación del Affordable Care Act y en fortalecer nuestro sistema de la atención médica”, dijo la Administradora Interina de CMS, Marilyn Tavenner.

Las 73 personas fueron seleccionadas de 920 solicitudes a través de un proceso competitivo, e incluye a los médicos, profesionales aliados de la salud, administradores de la salud, y otros. Al asistir en persona a las reuniones como también a las sesiones remotas para expandir sus destrezas y aplicar lo que aprenden, los consejeros podrán fortalecer su conocimiento la económica de la atención médica y finanzas, población de la salud, análisis de sistemas, e investigación de operaciones.

“Esperamos que estos consejeros de innovación sean

nuestros socios –queremos que descubran y generen nuevas ideas que funcionen y nos ayuden a traerlas a cada esquina de los Estados Unidos”, dijo el Director de Innovation Center de CMS, Rick Gilfillan, M.D.



Entre otros deberes, se espera que los consejeros ofrezcan apoyo al Innovation Center para probar nuevos modelos de la entrega de la atención médica, para formar asociaciones con las organizaciones locales para llevar reforma al sistema de entrega, y para mejorar sus propios sistemas de la salud para que sus comunidades tengan una mejor salud y una mejor atención a un costo más bajo.

Cada organización hogar del consejero de innovación recibirá un estipendio de hasta \$20,000. El estipendio apoyará las actividades individuales mientras sirve como un consejero de innovación.

Más información sobre el programa de consejeros de innovación, incluyendo una hoja informativa y lista de participantes y su organización hogar, pueden encontrarse en: <http://innovations.cms.gov/initiatives/innovation-advisors/index.html>.

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

Fuente: CMS PERL 201201-04

Manténgase en camino y complete su actualización a la versión 5010

Según el 2012 comienza, es importante mantener tu enfoque en lograr conformidad con la versión 5010 y comenzar a planificar para la transición a ICD-10.

La fecha límite para la versión 5010 fue el 1 de enero de 2012; sin embargo, por el [periodo de cumplimiento a discreción de 90 días](#) para todas las entidades cubiertas por HIPAA actualizarse a la versión 5010 (ASC X12 versión 5010), los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) no iniciarán la acción de cumplimiento hasta el 1 de abril de 2012. CMS tomó esta decisión basado en comentarios de la industria de que muchas organizaciones y sus socios comerciales todavía no estaban listos para finalizar actualizaciones a sistemas para cumplir.

CMS le exhorta a continuar las pruebas internas así como también pruebas externas de transacciones de la versión 5010 con socios comerciales para asegurar conformidad con la versión 5010. Aunque la acción de cumplimiento no será tomada antes del 1 de abril del 2012, es importante que usted continúe moviéndose adelante para cumplir con los requisitos para la versión 5010 lo más pronto posible. En adición a las pruebas, si usted todavía no ha creado un plan para

la versión 5010, debe hacerlo para poder cumplir con estos plazos de cumplimiento.

Para obtener información sobre pasos a tomar hacia una actualización exitosa, consulte la nueva hoja informativa de CMS: [Version 5010: How Health Care Providers Can Ensure a Smooth Transition](#).

Recordatorio: Actualizar a la versión 5010 es el primer paso crítico para la transición a nivel nacional a ICD-10 que tomará lugar el 1 de octubre de 2013. Es importante que usted finalice este proceso, que usted pueda continuar preparando su organización para la transición a ICD-10.

Manténgase actualizado 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 201201-15

Transición a la versión 5010 y NCPDP D.0 e impactos en la transferencia de reclamaciones

El lunes, 5 de diciembre los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron un artículo de edición especial del MLN Matters (SE1137) titulado "Additional Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) 837 5010 Transitional Changes and Further Modifications to the Coordination of Benefits Agreement (COBA) National Crossover Process". CMS emitió esta guía para el beneficio de médicos/practicantes, proveedores, y suplidores para ayudarles a entender por qué estaban viendo mayores casos de correspondencia de cartas de Medicare que hicieron referencia al error N22226 como la base de por qué las reclamaciones de sus pacientes no pudieron ser transferidas.

Desde entonces CMS se ha enterado de que existe preocupación en la comunidad del proveedor sobre si la facturación de las reclamaciones CMS-1500 o UB04 en copia impresa, o HIPAA versión 4010A1, o las reclamaciones de lote National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) versión 5.1 resultarán en la inhabilidad de Medicare de poder transferir esas reclamaciones a los pagadores suplementarios COBA que han realizado la transición para excluir el recibo de transferencia de reclamación en los formatos de reclamación 837 versión 5010 o los formatos de reclamación de lote NCPDP D.0. Esto no es cierto.

Durante el periodo de 90 días en el cual no se exigirá el cumplimiento de la versión 5010 (domingo, 1 de enero de 2012, hasta el sábado, 31 de marzo de 2012), Medicare tendrá la capacidad sistemática de realizar conversión de versión anterior o posterior de los formatos de reclamación entrantes (ie. convertir los formatos en copia impresa entrantes a formatos de reclamación equivalentes a HIPAA y convertir los formatos de reclamación versión 4010A1 entrantes a los formatos 5010 y viceversa), de acuerdo con las especificaciones del pagador suplementario externo sobre la producción del formato de las reclamaciones. Esta práctica será descontinuada, sin embargo, a la conclusión del periodo de 90 días en el cual no se exigirá el cumplimiento, con la excepción abajo. (Esta acción es controlada por la información que recibe el archivo común de trabajo (common working file, CWF) sobre la habilidad de los pagadores suplementarios individuales para aceptar los formatos de reclamación HIPAA 5010 o NCPDP D.0 en modo de "producción".)

Tenga en cuenta que los médicos/practicantes, proveedores, y suplidores que tienen autorización bajo el Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) de enviar reclamaciones utilizando un formato en copia impresa deben saber que Medicare tiene la habilidad sistemática de convertir reclamaciones ingresadas en teclado en formatos de reclamación 837 saliente conforme con HIPAA para propósitos de transferencia de reclamación. Esto es cierto en todo momento, no solamente durante el periodo de 90 días en el cual no se exigirá cumplimiento.

Fuente: CMS PERL 201201-28

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

Número de *MLN Matters*: SE1137 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está haciendo la transición para contribuyentes suplementarios que participan en el proceso de transferencia 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/MLN MattersArticles/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.

Requisito de descripción de código de procedimiento no específico para las reclamaciones de HIPAA versión 5010

Número de *MLN Matters*: SE1138 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

El 17 de noviembre de 2011, Office of E-Health Standards and Services (OEHS) anunció que aunque la fecha de conformidad de 5010/D.0 del 1 de enero de 2012, no cambiará, el cumplimiento de la conformidad con los nuevos estándares será diferido hasta el 31 de marzo de 2012.

Las versiones 5010 de las guías de implementación de reclamación institucional y profesional promulgan que cuando las reclamaciones incluyen códigos de procedimientos no específicos, una descripción correspondiente del servicio para cada código ahora es requerida. El *HIPAA Version 5010 Implementation Guide* describe los códigos de procedimiento no específicos como códigos que pueden incluir, en su descriptor, términos tales como: “Not Otherwise Classified (NOC); Unlisted; Unspecified; Unclassified; Other; Miscellaneous; Prescription Drug Generic; o Prescription Drug, Brand Name”.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1138.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1138

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

Tratamiento de inmunoterapia celular autóloga de cáncer de próstata metastático

Número de *MLN Matters*: MM7431 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7431
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de enero de 2012
 Fecha de efectividad: 30 de junio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2380CP y R140NCD
 Fecha de implementación: 8 de agosto de 2012

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) encuentran que la evidencia es adecuada para concluir que el uso de tratamiento de inmunoterapia celular autóloga – Sipuleucel-T; PROVENGE® mejora los resultados de salud para los beneficiarios de Medicare con cáncer de próstata resistente a castración (refractario a hormona) asintomático o mínimamente sintomático metastático. Es por lo tanto razonable y necesario para uso para esta indicación

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.

con etiqueta bajo el Social Security Act (1862(a)(1)(A)) efectivo para los servicios realizados a partir del 30 de junio de 2011.

El código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) C9273 será eliminado el 30 de junio de 2011, y reemplazado con Q2043, el cual tendrá un fecha efectiva del 1 de julio de 2011.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7431, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R140NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 140, CR 7431

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

Continúa en la página siguiente

Actualización...(continuación)

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

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

Intercambio Electrónico de Datos

CMS modificó el lenguaje incluido en RARC N103 cuando se deniegan servicios a beneficiarios encarcelados por el gobierno federal

Número de *MLN Matters*: MM7678

Número de petición de cambio relacionado: 7678

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de enero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1012OTN

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

Este artículo es basado en la petición de cambio (CR) 7678, la cual le informa a los contratistas de Medicare que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está modificando el código de comentario de remesa de pago (RARC) N103. El lenguaje revisado de la versión modificada de RARC N103 clarifica la denegación de reclamaciones por servicios prestados a beneficiarios encarcelados por el gobierno federal.

CR 7678 está limitado a proveedores facturando por servicios para beneficiarios mientras están en custodia federal, estatal o local.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7678.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7678, 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/R1012OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1012, CR 7678

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 código de razón de ajuste de reclamaciones y código de observación de remesa de pago

Número de *MLN Matters*: MM7683
Número de petición de cambio relacionado: 7683
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R3372CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Para Medicare, el conjunto de códigos de razón y observación deben ser utilizados para reportar ajustes de pago en transacciones de remesas de pago. Los códigos de razón también son utilizados en algunas transacciones de coordinaciones de beneficios (COB). La lista de código de observación de remesa de pago (RARC) es mantenida por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y utilizados por todos los pagadores; adiciones, desactivaciones y modificaciones a la misma pueden ser iniciadas por cualquier organización del cuidado de la salud. Las

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.

listas de RARC y CARC son actualizadas tres veces al año – en marzo, julio y noviembre. Ambas listas de códigos son publicados en <http://www.wpc-edi.com/Reference/>. Las listas al final del artículo resumen los últimos cambios.

Nota: El archivo de actualización de código debe ser descargado para ser utilizado en conjunto con el software actualizado de MREP.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7683.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7683, 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/R2372CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2372, CR 7683

Facturación

Agrupación de los pagos por servicios provistos a pacientes externos que más tarde son hospitalizados

Número de *MLN Matters*: MM7502
Número de petición de cambio relacionado: 7502
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2373CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Bajo la “ventana de 3 días de pago,” un hospital (o una entidad que es totalmente propiedad u operada totalmente por el hospital) debe incluir en la reclamación de hospitalización por estancia hospitalaria de Medicare, la porción técnica de todos los servicios de diagnóstico de pacientes externos y servicios sin diagnóstico relacionados a la admisión provistos durante la ventana de pago.

Un nuevo modificador de pago PD (Diagnóstico o artículo relacionado sin diagnóstico o servicio provisto en una entidad totalmente propiedad u operada a un paciente que es hospitalizado dentro de 3 días) es requerido en el diagnóstico de pre admisión de una entidad y servicios sin diagnóstico relacionados a admisión que están sujetos a la política de ventana de pago de 3 días.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7502.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7502, 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/R2373CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2373, CR 7502

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

Ahora disponible: Medicare Shared Savings Program ‘2012 ACO Narrative Quality Measures Specifications Manual’ y las tablas de referencia de aplicación

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han añadido nueva información al sitio Web de Medicare Shared Savings Program (Shared Savings Program) en <http://www.cms.gov/sharedsavingsprogram>.

Una nueva página Web sobre las medidas de calidad y los estándares de desempeño en http://www.cms.gov/sharedsavingsprogram/37e_Quality_Measures_Standards.asp tienen la última información sobre las medidas de calidad del Medicare accountable care organization (ACO). El 2012 ACO Narrative Quality Measures Specifications Manual provee una guía sobre las 33 medidas de calidad requeridas que son parte del estándar de desempeño de calidad.

Dos tablas de referencia han sido añadidas a la página Web Shared Savings Program Application en http://www.cms.gov/sharedsavingsprogram/37_Application.asp. Las organizaciones que enviaron una aplicación bajo el modelo pionero ACO o han estado participando en la demostración de transición del “physician group practice” (PGP), que desean enviar una aplicación Shared Savings Program, busquen abajo en la página los enlaces a estas dos tablas de referencia de aplicación.

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 201201-06

Anuncios de licitación competitiva de DMEPOS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) tiene tres anuncios para suplidores que están interesados en participar en la ronda 2 y competencias nacionales por correo de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) programa de licitación competitiva.

- El contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC) ha emitido una nueva hoja informativa proveyendo orientación antimonopolio para los licitantes. Para ver la hoja informativa, por favor vaya al sitio Web de CBIC en <http://www.dmecompetitivebid.com/> y seleccione “Bidding Suppliers: Round 2 & National Mail-Order” y luego escoja “Fact Sheets.”
- Cuatro códigos del cojín del asiento ajustable han sido removidos de la ronda 2 de la categoría de producto de silla de ruedas estándar. CMS está en el proceso de eliminar estos códigos de los materiales educacionales en el sitio Web de CBIC. Un aviso de seguimiento de listserv será enviado cuando las actualizaciones a los materiales educacionales estén completadas.
- Los límites de la licitación en los spreadsheets (hojas de cálculo) de preparación de la nueva licitación de la ronda 2 han sido revisados por 14 códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para sillas de ruedas eléctricas (K0813 hasta K0829). Los límites de licitación previos listados en el worksheet (hoja de trabajo) fueron erróneamente basados en 150 por ciento de los límites actuales de la licitación.
- CMS ha hecho tres actualizaciones clarificativas a la lista de monitores de glucosa en el 50 por ciento

del formulario de conformidad, un documento requerido para la licitación para la competencia nacional por correo:

1. ASCENSIA AUTO DISC ha sido consolidado con ASCENSIA BREEZE 2. (ASCENSIA AUTO DISC ya no se fabrica, pero utiliza las mismas tiras de prueba que ASCENSIA BREEZE 2.)
 2. FREESTYLE FLASH ha sido consolidado con FREESTYLE y FREESTYLE FREEDOM. (FREESTYLE FLASH ya no se fabrica, pero utiliza las mismas tiras de prueba que FREESTYLE y FREESTYLE FREEDOM.)
 3. PROTÉGÉ ha sido consolidado con SMARTEST. (PROTÉGÉ ya no se fabrica, pero utiliza las mismas tiras de prueba que SMARTEST.)
- A CMS le gustaría recordarle a los potenciales licitantes que cuatro códigos de asiento de cojín ajustable (E2622 hasta E2625) han sido removidos de la categoría de producto de sillas de ruedas estándar de la ronda 2. El contratista de la implementación de la licitación competitiva (CBIC) ha borrado estos códigos de los materiales educativos del licitante.

Todas estas actualizaciones están ahora disponibles en el sitio web de CBIC, <http://www.dmecompetitivebid.com/>.

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

Fuente: CMS PERL 201201-12, 201112-53

Se acaba el tiempo para registrarse para la licitación competitiva de DMEPOS

Si usted es un suplidor interesado en participar en la ronda 2 y competencias nacionales por correo del equipo

médico duradero de Medicare, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS) programa de licitación competitiva y ha registrado a un oficial autorizado (AO) pero no a un oficial autorizado de respaldo (BAO), los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recomienda que un BAO se inscriba a no más tardar del jueves, 12 de enero de 2012. Es importante hacerlo ahora para que el BAO pueda asistir el AO aprobando la inscripción del usuario final “end user” (EU). Se exhorta el establecimiento de un BAO, si su compañía tiene a alguien que puede ocupar el rol de un BAO, para evitar cualquier interrupción en el proceso de licitación una vez se abra la ventana de 60 días de licitación. El individuo en el rol de BAO también puede asumir el rol de AO si por alguna razón el AO ya no puede completar sus responsabilidades licitantes; si no hay BAO y el AO deja la compañía, todos los usuarios finales asociados con la compañía perderán el acceso al sistema de licitación.

La inscripción es típicamente un proceso rápido y fácil si usted sigue las instrucciones paso a paso del “Individuals Authorized Access to CMS Computer Services (IACS) Reference Guide” publicado en la página web del contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC) (<http://www.dmecompetitivebid.com/>). Para registrarse, visite la [página web de CBIC](#) y haga clic en “Registration is Open” arriba del reloj de inscripción en la página de inicio. También encontrarás una lista de verificación de inscripción y guías de pasos rápidos en la [página web de CBIC](#). Por favor note que los suplidores con múltiples localizaciones típicamente deben registrar solo un Provider Transaction Access Number (PTAN) que someterá la licitación para todas las localizaciones. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso de inscripción, por favor contacte el centro de servicio al cliente de CBIC al 877-577-5331.

La fecha límite ya ha pasado para la inscripción del AO. Si el AO para tu compañía todavía no se ha inscrito y obtenido una identificación de usuario y contraseña, CMS no puede garantizar que él o ella puedan completar el proceso de inscripción antes de que la ventana de inscripción cierre el jueves, 9 de febrero de 2012, a las 9 p.m. Hora del Este. Debe ser motivo de especial preocupación si el archivo de tu

compañía del centro nacional del proveedor, “national supplier clearinghouse” (NSC) no es actual y precisa. El AO debe registrarse ahora para permitirle tiempo al BAO y EU para inscribirse. Además, los suplidores a los cuales no registren un AO ahora corren el riesgo de experimentar retrasos en acceder el sistema de licitación en línea para obtener un número de licitación perdiendo así la oportunidad de someter documentos financieros por la fecha de revisión del documento cubierto “covered document review date” (CDRD). Como resultado, CMS le exhorta a inscribirse ahora.

Recuerde, el AO y BAO deben estar listados en el formulario de inscripción de CMS-855S como un AO. Después de que un AO se inscriba exitosamente, el AO puede designar a otros oficiales autorizados en el CMS-855S para servir como BAO; el AO y BAO pueden entonces designar otros empleados de proveedores como EU. BAO y EU deben también registrarse para una identificación de usuario y contraseña para poder usar el sistema de licitación en línea. El nombre, fecha de nacimiento, y número de seguro social del AO y BAO debe coincidir exactamente con lo que está en archivo con el NSC para inscribirse exitosamente.

La inscripción cerrará el jueves, 9 de febrero de 2012, a las 9 p.m. (Hora del Este prevalectente) – ningún AO, BAO, o EU podrá registrarse luego de que la inscripción cierre.

Recuerde que el CBIC es la fuente de información oficial para licitantes. A todos los suplidores interesados en licitar se les insta a inscribirse para actualizaciones por email en la página de inicio de la [página web de CBIC](#). Para información sobre la ronda 2 y la competencia nacional de orden por correo, incluyendo materiales de educación al licitante, por favor refiérase a los recursos localizados debajo del menú “Bidding Suppliers: Round 2 & National Mail-Order” en la página 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 201201-13

Requisitos de reporte de crédito/puntuación para la licitación competitiva DMEPOS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha emitido la siguiente clarificación para ayudar a la licitación de los suplidores en la ronda 2 y competencias nacionales de órdenes por correo del programa de licitación competitiva de equipo duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS). Esta información también será publicada en el sitio web del contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC). Si usted tiene cualquier pregunta, por favor contacte el centro de servicio al cliente de CBIC al 877-577-5331 entre 9 a.m. y 9 p.m. hora del Este durante los periodos de licitación e inscripción.

P. La solicitud de instrucciones para licitaciones dice que los suplidores deben someter una copia de un reporte de crédito con puntuación numérica que haya sido preparado dentro de 90 días antes de la apertura de la ventana de la licitación. ¿Esto quiere decir que no puedo someter un reporte de crédito y puntuación con fecha después que la licitación abre pero antes de que cierre?

R. No. Los reportes de crédito y puntuaciones no deben ser preparados más temprano de los 90 días antes de la apertura de la ventana de la licitación, pero pueden ser preparados luego de que la licitación abra siempre y cuando sean recibidos por el contratista de implementación de la licitación competitiva (CBIC) para el cierre de la ventana de la licitación. Cuando la licitación abre, CMS publicará la fecha específica que es 90 días antes de la apertura de la ventana de la licitación en el sitio web de CBIC. Los reportes de créditos y las puntuaciones que sean mayores que esta fecha no serán aceptados.

Fuente: CMS PERL 201201-43

Nuevo webcast para la ronda 2 licitantes de órdenes nacionales por

correo – ‘Financial Documentation Requirements’

Varios nuevos webcasts educacionales para la ronda 2 y las competencias de órdenes por correo del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) de Medicare está ahora disponible en el sitio web del contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC) en <http://www.dmecompetitivebid.com/>.

- “National Mail-Order Competition for Diabetic Supplies,” cubre reglas que aplican específicamente a esta competencia y provee recursos para ayudarle con la licitación.
- “Program Rules”, explica las reglas importantes detalladas en las instrucciones de solicitud de licitación (RFB) que usted debe entender antes de que usted prepare sus licitaciones. El webcast también provee recursos para ayudarle con la licitación.
- “How a Bid is Evaluated”, repasa cada paso del proceso de evaluación de la licitación, desde el recibo de datos de licitación electrónica y documentos en copia impresa hasta la conferencia de contratos. El webcast también provee recursos para ayudarle con la licitación.
- “Financial Documentation Requirements,” habla sobre las reglas y requisitos para los documentos

financieros que usted debe someter en adición a su licitación en línea.

Estos webcasts están disponibles en demanda para ver a su conveniencia – 24 horas al día, los siete días a la semana. No hay cargo para ver este webcast, y una transcripción también está publicada en el sitio web. Para ver el webcast, por favor vaya al [sitio web de CBIC](#), seleccione “Bidding Suppliers: Round 2 & National Mail-Order,” y escoja “Education Events.”

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) estarán emitiendo un webcast más que explicará cómo someter una licitación en el sistema de licitación en línea, DBidS. CMS anunciará su disponibilidad con una alerta por correo electrónico. Si todavía no lo ha hecho, por favor inscribese en el [sitio web de CBIC](#) para recibir este anuncio y otras actualizaciones sobre el programa de licitación competitiva.

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, por favor contacte el centro de servicio al cliente de CBIC libre de costo al 877-577-5331 de 9 a.m. a 9 p.m. hora del Este, lunes a viernes, durante los periodos de licitación e inscripción.

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 201201-44, 201201-38, 201201-25, 201201-14

Tarifas Fijas

Actualización de emergencia al MPFSDB del año calendario 2012

Número de *MLN Matters*: MM7737

Número de petición de cambio relacionado: 7737

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de enero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1015OTN

Fecha de implementación: A más tardar el 26 de enero de 2012

Resumen

La petición de cambio relacionada 7737 modifica los archivos de pago de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB) del 2012 para incluir las correcciones descritas en el aviso de corrección de la regla final de MPFS 2012, así como también cambios estatutarios relevantes aplicables el 1 de enero.

Cambios claves incluyen:

- Revisiones y actualizaciones al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS)
- Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act de 2011
- Actualización de pagos médicos de Medicare
- Extensión de ajuste de piso geográfico al trabajo de médicos de Medicare
- Extensión de aditamento de salud mental de MPFS
- Extensión del proceso de excepciones de para límites de terapias de Medicare
- Extensión de pago por el componente técnico de ciertos servicios de patología médica
- Extensión de pago mínimo por la medición de la masa ósea

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7737.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7737, 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/R1015OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1015, CR 7737

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.

Extensión al programa anual de participación de inscripción para el 2012

Atención profesionales de la salud

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está anticipando acción del Congreso para evitar actualización negativa para el Medicare physician fee schedule del 2012. Por lo tanto, CMS está extendiendo la participación anual en el programa de inscripción para el 2012 hasta el 14 de febrero de 2012. El periodo de inscripción ahora será del 14 de noviembre de 2011, al 14 de febrero de 2012.

Sin embargo, la fecha efectiva para cualquier cambio de estatus de participación durante la extensión permanece el 1 de enero de 2012, y estará en vigor durante todo el año.

Los contratistas aceptarán y procesarán cualesquiera participación de elecciones o retiros realizados durante el periodo extendido de inscripción que tengan matasello con fecha de en o antes del 14 de febrero de 2012.

Fuente: CMS PERL 201112-47

Presidente... (continuación)

El programa de medicamentos por prescripción de Medicare Parte D también ha sido mejorado para el 2012, con la brecha de cobertura siendo reducida progresivamente mientras se va retirando en los próximos años. Estas mejoras al beneficio de medicamentos del Affordable Care Act ya han ahorrado a millones de personas cerca de \$2 billones.

CMS desea recordarles a los médicos y profesionales de la salud sobre el Primary Care Incentive Program. Nuevamente en el 2012, los médicos de la atención primaria, enfermeras practicantes, especialistas en enfermería clínica, y médicos asistentes pueden ser elegibles para recibir un pago de incentivo igual a 10 por ciento de sus cargos permitidos para los servicios de la atención primaria bajo Medicare Parte B. Este incentivo es pagado en adición a cualquier pago de incentivo del médico por servicios prestados en áreas de escasez del profesional de la salud (Health Professional Shortage Áreas, HPSA). Recuerde que si un practicante ha reasignado sus beneficios a otra entidad, tal como una práctica de grupo, Medicare pagará a esa entidad y no al practicante individual.

El Affordable Care Act creó el Center for Medicare and Medicaid Innovation que ofrece a los médicos, practicantes y otros líderes de la atención médica la oportunidad de proponer pago innovador y modelos de entrega del servicio a costos más bajos, mejorar la calidad, y mejorar la salud. Se puede encontrar más información en <http://www.innovations.cms.gov/>.

Encuentre a continuación resúmenes de las provisiones clave del TPTCCA junto con alguna información sobre cómo estos cambios pueden afectar a los proveedores y la facturación del proveedor.

Actualización del pago del médico

La Sección 301 del TPTCCA previene un recorte de pago para los médicos que habría tomado efecto el 1 de enero de 2012. Una actualización del 0 por ciento es efectiva para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2012, hasta el 29 de febrero de 2012. Mientras la actualización de la tarifa fija del médico será 0 por ciento, otros cambios a las unidades de valor relativo usado para calcular los índices de tarifa fija deben ser de presupuesto neutral. Para realizar esos cambios de presupuesto neutral, el factor de conversión debe ser ajustado para el 2012. CMS está actualmente desarrollando el 2012 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) para implementar la actualización de 0 por ciento. Como se notificó previamente, los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare estarán reteniendo las nuevas reclamaciones de enero de 2012 hasta 10 días laborales para probar efectivamente e implementar el nuevo MPFS 2012. Esperamos que estas reclamaciones sean emitidas a procesamiento a más tardar el 18 de enero de 2012. Las reclamaciones con fechas de servicio antes del 1 de enero de 2012, no están afectadas. Finalmente, los contratistas de Medicare estarán publicando los nuevos índices en sus sitios Web a más tardar el 11 de enero de 2012.

Extensión del piso de ajuste geográfico de trabajo del médico de Medicare

La ley actual requiere los índices de pago bajo el MPFS a ser ajustado geográficamente para reflejar las diferencias de área en el costo de práctica. Los siguientes tres componentes del pago MPFS son ajustados: trabajo del médico, gasto de práctica, y gasto de impericia médica. La Sección 303 del TPTCCA extiende el piso existente de 1.0 en el índice de costo de práctica geográfica de trabajo del médico, hasta el 29 de febrero de 2012. Como con la actualización de pago del médico, este cambio será completado a través de un MPFS 2012 revisado.

Extensión de los pagos añadidos de tarifa fija del médico de salud mental

Para el año calendario (CY) 2011, algunos índices de pago de servicios de salud mental continuaron siendo incrementados por 5 por ciento sobre lo que de otra forma hubiese sido pagado utilizando la metodología de pago estándar MPFS. La Sección 307 del TPTCCA extiende el incremento del 5 por ciento en pagos para estos servicios de salud mental, hasta el 29 de febrero de 2012. Similar a la actualización de 0 por ciento y la extensión del piso de ajuste de trabajo geográfico del médico, el incremento del 5 por ciento será reflejado en el MPFS 2012 revisado.

Extensión de las reclasificaciones de la Sección 508 del Medicare Modernization Act

La Sección 302 del TPTCCA extiende las reclasificaciones de la Sección 508 y ciertos índices de salario de excepción especial para dos meses, del 1 de octubre de 2011, hasta el 30 de noviembre de 2011. Para el periodo comenzando el 1 de octubre de 2011, y terminando el 30 de noviembre de 2011, la Sección 302 también requiere la remoción de la Sección 508 y los datos de excepción de salario especial del cálculo del índice de salario reclasificado, si el hacerlo así incrementa el índice de salario reclasificado. Todos los hospitales afectados por la Sección 302 del TPTCCA serán asignados un índice de salario especial efectivo para solamente octubre y noviembre de 2011. Aplicaremos la provisión a los pagos de hospital del paciente hospitalizado y ambulatorio. Para los pagos del hospital ambulatorio, un índice de salario de excepción especial será aplicable del 1 de enero de 2012, hasta el 29 de febrero de 2012.

Extensión del proceso de excepciones para los límites de terapia de Medicare

La Sección 304 del TPTCCA extiende el proceso de excepciones para los límites de terapia ambulatoria. Los proveedores de servicios de terapia ambulatoria pueden continuar presentando las reclamaciones con el modificador KX, cuando una excepción es

Continúa en la página siguiente

Presidente...(continuación)

apropiada, para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2012, hasta el 29 de febrero de 2012.

Los límites de terapia son determinados en una base de año calendario, para que todos los pacientes comiencen un nuevo año límite el 1 de enero de 2012. Para los servicios combinados de terapia física y patología del habla y lenguaje, el límite en gastos incurridos es \$1,880. Para los servicios de terapia ocupacional, el límite es \$1,880. Las cantidades de deducible y coseguro aplicadas a los servicios de terapia cuentan para la cantidad acumulada antes de que un límite sea alcanzado, y también aplican para los servicios sobre el límite donde el modificador KX es utilizado.

Extensión de moratoria en la facturación independiente de laboratorio para el componente técnico (TC) de los servicios de patología del médico prestados a los pacientes de hospital

En la regulación final de la tarifa fija del médico publicada en el *Federal Register* del 2 de noviembre de 1999, CMS finalizó una política para pagar solamente al hospital por el TC de los servicios de patología del médico prestados a los pacientes de hospital. Bajo la política anterior, los laboratorios independientes continuaron siendo pagados por el componente técnico de un servicio de patología provisto a un paciente de hospital. Por solicitud de la industria, para permitir a aquellos laboratorios independientes que fueron pagados por separado por el componente técnico de un servicio de patología del médico provisto a un paciente de hospital suficiente tiempo para negociar nuevos arreglos con los hospitales, la implementación de esta regla fue retrasada administrativamente hasta el 2001. La legislación subsiguiente formalizó una moratoria de la implementación de la regla.

Aunque la extensión más reciente de la moratoria expiró a finales del 2011, la Sección 305 del TPTCCA restaura la moratoria hasta el 29 de febrero de 2012. Por lo tanto, aquellos laboratorios independientes que son elegibles pueden continuar enviando reclamaciones a Medicare para el TC de los servicios de patología del médico prestado a los pacientes de un hospital, sin importar el estatus de hospitalización del beneficiario (de hospitalización o ambulatoria) en la fecha que el servicio fue prestado. La política es efectiva para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, hasta el 29 de febrero de 2012.

Extensión de las adiciones de los pagos de ambulancia

Las provisiones que fueron extendidas por la Sección 306 del TPTCCA son:

1. El incremento del tres por ciento en las cantidades de tarifa de ambulancia para los transportes cubiertos de ambulancia terrestre que se originan en áreas rurales y el incremento del dos por ciento para los transportes cubiertos de ambulancia terrestre que se originan en áreas urbanas;
2. La provisión relacionada a los servicios de ambulancia aérea que considera cualquier área que fue designada como un área rural desde el 31 de diciembre de 2006, continuarán siendo tratadas como área rural para propósitos de realizar pagos bajo la tarifa fija de ambulancia para tales servicios de ambulancia aérea; y
3. La provisión relacionada al pago para los servicios de ambulancia terrestre donde el índice base de la tarifa fija es incrementada cuando el transporte de ambulancia se origina en un área que es incluido en esas áreas que comprenden el 25a más bajo de todas las poblaciones rurales organizadas por densidad de población.



Todas estas provisiones de pago son extendidas hasta el 29 de febrero de 2012. Como se notificó anteriormente, los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare estarán reteniendo nuevas reclamaciones de ambulancia de enero 2012 hasta 10 días laborables para implementar efectivamente las nuevas tarifas fijas de ambulancia 2012.

Esperamos que estas reclamaciones sean emitidas a procesamiento a más tardar el 18 de enero de 2012. Las reclamaciones con las fechas de servicio antes del 1 de enero de 2012, no son afectadas.

Extensión de la provisión ambulatoria de retención inofensiva

La Sección 308 del TPTCCA extiende la provisión ambulatoria de retención inofensiva, efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, hasta el 29 de febrero de 2012, a los hospitales rurales con 100 o menos camas y a todos los hospitales únicos de la comunidad y los hospitales de la comunidad de acceso esencial sin importar el tamaño de la cama.

Extensión del pago mínimo para medidas de masa ósea

La Sección 309 del TPTCCA extiende hasta el 29 de febrero de 2012, el índice de pago de 2011 para las medidas de masa ósea. Similar a la actualización del 0 por ciento y otras provisiones, esta extensión será reflejada en el MPFS 2012 revisado.

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 201201-01

Hoja informativa revisada ‘Medicare Physician Fee Schedule’

La hoja informativa “*Medicare Physician Fee Schedule*” (ICN 006814) ha sido revisada y está ahora disponible en formato para descargar. Esta incluye información sobre servicios médicos, servicios de terapias, tarifas de pago del Medicare physician fee schedule (PFS) y la fórmula de tarifas del PFS 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 201201-42

ICD-10

Teleconferencia del 17 de noviembre sobre ICD-10 – disponibles el video de presentación por diapositivas y podcasts

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado la video presentación por diapositivas en YouTube y podcasts de la teleconferencia nacional del proveedor del 17 de noviembre sobre “ICD-10 Implementation Strategies and Planning.”

Disponible 24/7, las presentaciones de video en YouTube y podcasts hacen del aprendizaje sobre la transición a ICD-10 fácil y conveniente. Revíselos hoy.

Video presentación por diapositivas en YouTube

¿Se perdió la teleconferencia nacional del proveedor del 17 de noviembre sobre ICD-10? La presentación de la teleconferencia ahora está disponible en el canal de CMS en YouTube como una video presentación de diapositivas que incluye el audio de la llamada con subtítulos.

Para acceder la video presentación por diapositivas en YouTube, seleccione el enlace “Related Links Outside CMS” en la página Web en <http://www.cms.gov/ICD10/Tel10/itemdetail.asp?itemID=CMS1253081>.

Podcasts

¿Limitado de tiempo? Los podcasts son perfectos para la oficina, en el carro, o en cualquier lugar que usted pueda portar un transmisor de medios

portable o smartphone. Los siguientes podcasts están disponibles de la teleconferencia nacional del 17 de noviembre sobre ICD-10:

- Podcast 1 de 4: Introduction, General ICD-10 Requirements, and CMS Implementation Planning
- Podcast 2 de 4: General Implementation Planning and Strategies
- Podcast 3 de 4: National Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS) Meeting Update and Medicare fee-for-service (FFS) Claims Processing, Billing, and Reporting Guidelines
- Podcast 4 de 4: Sesión de preguntas y respuestas

Los podcasts ahora están disponibles en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/ICD10/Tel10/itemdetail.asp?itemID=CMS1253081>.

Los cuatro podcasts con las transcripciones escritas correspondientes, como también al archivo de audio completo y la transcripción escrita completa pueden ser accedidos al buscar la sección “Downloads” al final de la página Web.

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

Fuente: CMS PERL 201201-07

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.

Presentaciones de diapositivas en video de las llamadas nacionales del proveedor de ICD-10 están disponibles en el canal de YouTube de CMS

¿Se está preparando su organización para una transición fácil a ICD-10 del martes, 1 de octubre de 2013? Las llamadas nacionales del proveedor de ICD-10, organizadas por un grupo de comunicaciones del proveedor de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), pueden ayudarle a preparar para el cambio en la industria del cuidado de la salud de E.U. de ICD-9 a ICD-10 para el procedimiento de codificación de diagnósticos y pacientes hospitalizados.

Las presentaciones de diapositivas en video de las siguientes llamadas nacionales del proveedor están disponibles en el [canal de YouTube de CMS](#). Estas presentaciones de diapositivas de video incluyen la presentación de la llamada en diapositivas y audio con subtítulos; cada llamada incluye presentaciones por expertos en la materia de CMS, seguido por una sesión de preguntas y respuestas.

- ICD-10 Implementación de estrategias y planificación – jueves, 17 de noviembre de 2011

Las partes que cooperan con ICD-9-CM y con ICD-10 – CMS, la American Hospital Association (AHA), la American Health Information Management Association (AHIMA), y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – discuten las implementaciones de estrategias y planificación de ICD-10, y el grupo de facturación al proveedor de CMS discute el Sistema de pago de servicios mediante tarifas fijas de Medicare (FFS) dirección de procesamiento de reclamaciones emitido en agosto 2011.

- ICD-10 Implementación de estrategias para médicos – miércoles, 3 de agosto de 2011

Los expertos en la materia de CMS discuten cómo oficinas médicas se pueden preparar para

el cambio a ICD-10 para el procedimiento de codificación de diagnósticos y pacientes hospitalizados y proveen actualizaciones

sobre problemas de implementación nacionales de ICD-10 que afectan a todos los proveedores.

- CMS ICD-10 Actividades de conversión – miércoles, 18 de mayo de 2011

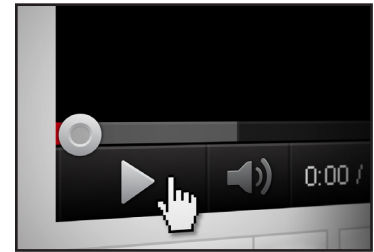
Los expertos en la materia de CMS discuten el proceso de conversión de ICD-10 que está tomando lugar actualmente dentro de CMS, incluyendo un estudio de caso del grupo de análisis y cobertura en su transición a ICD-10 para las determinaciones de cobertura nacional de laboratorios (NCD).

Podcasts, archivos de audio completo, y transcripciones escritas completas para estas llamadas nacionales del proveedor de ICD-10 también están disponibles en la página Web de ICD-10 de CMS en <http://www.CMS.gov/ICD10/Tel10/list.asp>.

Disponibles 24/7, presentaciones de video de YouTube y podcasts hacen el aprendizaje sobre la transición a ICD-10 fácil y conveniente. Échales un vistazo 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 201201-32



¿Confundido sobre 5010?

Podemos ayudar a remover el misterio...

Vea nuestra [búsqueda de código de denegación 5010](#)

Nuevos recursos disponibles para ayudar a los proveedores con la transición a ICD-10

El 16 de enero de 2009, el U.S. Department of Health and Human Services publicó las reglas finales las cuales ordenaron que todas las organizaciones cubiertas por el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) tienen que actualizar a la versión 5010 para el 1 de enero de 2012, y hacer la transición al conjunto de códigos de ICD-10 para el 1 de octubre de 2013. Como resultado del periodo de cumplimiento a discreción para la versión 5010, todas las organizaciones deben completar su actualización a la versión 5010 para no más tardar el 31 de marzo de 2012. Actualizar a la versión 5010 es un paso esencial que debe ser tomado antes de la transición a ICD-10, y la fecha límite para la transición a ICD-10 se está acercando rápidamente.

Para ayudar con esta transición, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha desarrollado un número de recursos disponibles en el sitio web de CMS ICD-10.

Hojas informativas

- [Asegurando una transición fácil a la versión 5010](#)
- [Transición a ICD-10: Introducción](#)
- [ICD-10 Fundamentos para prácticas médicas](#)
- [ICD-10 Preguntas frecuentes](#)
- [Hablándole a sus vendedores sobre la transición a ICD-10](#)

Widget de implementación

El widget interactivo de CMS esboza los pasos a tomar para asegurar conformidad con la versión 5010 y ICD-10. CMS le exhorta a descargar o compartir el widget y aprovechar las versiones de fácil impresión de los plazos disponibles para consultorías de proveedores pequeños, consultorías de proveedores grandes, pagadores y vendedores.

Plazos de implementación

Los plazos son listas de verificación de fácil impresión que complementan el widget. Los plazos están disponibles para:

- [Small providers](#)
- [Large providers](#)
- [Payers](#), y
- [Vendors](#).

Manténgase al día sobre la versión 5010 y ICD-10

Por favor visite la [página web de ICD-10](#) para las últimas noticias y recursos para ayudarle a preparar, y para descargar y compartir la implementación del *widget* 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 201201-40

Inscripción del Proveedor

CMS requiere la adopción de los estándares de HIPAA para pagos electrónicos y remesa de pago

Acción

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha anunciado una regla final interina (IFC) – con periodo de comentario (CMS-0024-IFC) – bajo el cual el Department of Health and Human Services (HHS) debe adoptar transferencias de fondos electrónicos (EFT) del cuidado de la salud y estándares de transacciones de remesas de pago (RA) especificadas por el Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA).

La Sección 1104 del Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 le requiere a CMS emitir una serie de regulaciones sobre los próximos cinco años que están diseñadas para agilizar las transacciones administrativas del cuidado de la salud, fomentar un mayor uso de los estándares por los proveedores, y hacer los estándares existentes trabajar más eficientemente. El 8 de julio de 2011, CMS publicó la primera regulación, un IFC que pone en marcha reglas

operacionales para dos transacciones del cuidado de la salud que hace más fácil para los proveedores determinar si un paciente es elegible para cobertura y el estatus de una reclamación del cuidado de la salud sometida a una aseguradora de salud.

Esta regulación es la segunda en la serie y establece estándares de EFT que, cuando sean implementados por planes de salud, le ahorrará a los consultorios médicos y hospitales entre \$3 billones a \$4.5 billones en los próximos diez años. Más beneficios ambientales del uso de pago electrónico en contraste con pagos hechos por cheques impresos resultará en un ahorro estimado de 800,000 libras de papel y 2.2 millones de libras de gases de efecto invernadero evitados por sobre 10 años.

Continúa en la página siguiente

CMS...(continuación)

Futuras reglas de simplificación administrativa mejorará la adopción de:

- Un identificador único estándar para planes de salud;
- Un estándar para reclamaciones adjuntas; y
- Requisitos de que planes de salud certifiquen conformidad con todos los estándares de HIPAA y reglas operacionales.

Historial

El Congreso abordó la necesidad para un marco consistente para transacciones electrónicas del cuidado de la salud y otros problemas de simplificación administrativa a través del Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), promulgada el 21 de agosto de 1996. HIPAA modificó el Social Security Act (el Acta) añadiendo la Parte C – Simplificación Administrativa – al Título XI del Acta, requiriendo que el Secretario del Departamento de salud y recursos humanos (DHHS) a adoptar estándares para ciertas transacciones para permitir que la información de salud sea intercambiada más eficientemente y para lograr mayor uniformidad en la transmisión de la información de salud.

La Sección 1104(b)(2)(A) del Patient Protection and Affordable Care Act (Pub. L. 111 148) modificó la Sección 1173(a)(2) del Acta añadiendo la transacción de fondos de transferencia electrónica (EFT) a la lista de transacciones electrónicas del cuidado de la salud para la cual el Secretario debe adoptar un estándar bajo HIPAA.

En general, los ahorros y beneficios relacionados al uso de EFT para negocios y pagos de consumo están bien establecidos. Los ahorros más comunes son en papel, la impresión y los gastos de envío, así como también ahorros en tiempo del personal para procesar manualmente y depositar cheques en papel. Sin embargo, la adopción y el uso de EFT por la industria del cuidado de la salud ha estado bajo, resultando en ahorros administrativos que pasan desapercibidos. Los obstáculos a un mayor uso de EFT por la industria del cuidado de la salud pueden ser minimizados por la estandarización de la transacción de EFT. Más allá del material y ahorros de tiempo administrativo para proveedores del cuidado de la salud y planes de salud, el tiempo y recursos que los consultorios médicos y hospitales dedican a la facturación y tareas relacionadas será mejor invertido en la prestación de servicios del cuidado de la salud a los pacientes.

El 3 de diciembre de 2010, el National Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS) Subcommittee on Standards celebró una audiencia y de ella obtuvo una revisión comprensiva del pago del cuidado de la salud y transacción de remesa de pago para propósitos de hacerle una recomendación al Secretario. Los participantes representaron una sección transversal de la industria de la salud. El 17 de febrero de 2011, el NCVHS envió una carta al Secretario que contenía recomendaciones para adopción de un estándar de

una “EFT del cuidado de la salud”.

Basado en esa recomendación, HHS está adoptando dos estándares para las EFT del cuidado de la salud que un plan de salud debe cumplir con el fin de transmitir pagos de reclamaciones del cuidado de la salud a los proveedores a través de EFT. El primero es un formato estándar para cuando un plan de salud ordena, autoriza o inicia una EFT con su institución financiera. El segundo estándar especifica el contenido de data que debe contener la EFT.

La meta para adoptar estos estándares es asegurarse que un número de rastreo que conecta el pago a la remesa de pago electrónica sea ingresado en un formato estándar de EFT y que es recibido sin error por el proveedor de cuidado de la salud. Esto puede ser mejor alcanzado requiriendo que un solo formato de archivo electrónico (CCD+Addenda) sea utilizado por todos los planes de la salud que transmiten EFT del cuidado de la salud a sus instituciones financieras y requiriendo que elementos de data sean consistentes y ordenados de acuerdo a especificaciones de implementación claras.

Provisiones del IFC

HHS está adoptando dos estándares para el EFT del cuidado de la salud: Las especificaciones de implementación del “CCD+Addenda” en el National Automated Clearing House Association (NACHA) Operating Rules & Guidelines del 2011 y las especificaciones de implementación del “Segmento de TRN” en el X12 835 TR3 para el contenido de data del registro de addenda del “CCD+Addenda”.

Costos/beneficios

Aunque a todas las entidades cubiertas se les requiere cumplir con los estándares adoptados de las transacciones de HIPAA, se espera que los estándares de las EFT del cuidado de la salud sean las que tengan el mayor costo sustancial e impacto de beneficios en consultorios médicos, hospitales y planes de salud comerciales y de gobierno.

CMS estima que muchos planes de la salud tendrán costos directo asociado con el implemento y el uso de los estándares de las EFT del cuidado de la salud. Sin embargo, se espera que esos costos sean comparativamente pequeñas inversiones de software: Aproximadamente de \$18 millones a \$28 millones para el conjunto de todos los planes comerciales de salud y de \$400,000 a \$600,000 para Medicaid, el Programa de seguro de salud de niños (CHIP), y el Servicio de salud indio (IHS). En más de diez años, los ahorros pueden ser tanto como \$40 millones para planes de salud comerciales y \$31 millones para Medicaid, IHS y CHIP.

Continúa en la página siguiente

CMS...(continuación)

Para consultorios médicos y hospitales, hay pequeño o ningún costo para implementar los estándares de las EFT del cuidado de la salud, ya que los proveedores son los recibidores de la transacción estandarizada y no los remitentes. En conjunto, consultorios médicos y hospitales deben ver ahorros de \$3 billones a \$4.5 billones durante los próximos diez años a medida que planes de salud implementan los estándares de las EFT del cuidado de la salud.

CMS puede también esperar un modesto beneficio ambiental del uso de pagos electrónicos en contraste a pagos hechos por cheques, incluyendo un estimado de 800,000 libras de papel ahorrado y 2.2 millones de libras de gases de efecto invernadero evitados en más de 10 años.

Fecha efectiva de regulación/ fecha de cumplimiento de las normas

La fecha efectiva de esta regulación es el 1 de enero de 2012. Bajo el Affordable Care Act, las entidades cubiertas por HIPAA tienen que estar en conformidad con los estándares (i.e., utilización de los estándares de las EFT del cuidado de la salud) para el 1 de enero de 2014.

La regla (CMS-0024-IFC) está en exhibición y puede ser vista en <http://www.ofr.gov/inspection.aspx>. Un comunicado de prensa sobre la regla puede ser visto en <http://www.hhs.gov/news>.

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 201201-10

Todos los pagos a proveedores y suplidores de Medicare serán realizados por transferencia electrónica de fondos

Las regulaciones existentes en 42 CFR 424.510(e)(1)(2) requieren que al tiempo de inscripción, solicitud de cambio de inscripción, o revalidación, proveedores y suplidores que esperan recibir pago de Medicare por servicios provistos deben también estar de acuerdo en recibir pagos de Medicare a través de transferencia de fondos electrónicos (EFT). La Sección 1104 del Affordable Care Act (ACA) amplía aún más la Sección 1862 (a) del Social Security Act ordenando que los pagos federales a los proveedores y suplidores sean únicamente por medios electrónicos. Como parte de los esfuerzos de revalidación de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), todos los suplidores y proveedores que no están actualmente recibiendo pagos de EFT serán identificados y se les requerirá presentar el formulario CMS-588 EFT con su solicitud de inscripción de revalidación del proveedor, o al momento en que cualquier cambio sea hecho al registro de inscripción del proveedor por el proveedor o suplidor, u oficial delegado.

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

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

Fuente: CMS PERL 201201-36

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Recordatorio para aquellos que proveen servicios y artículos ordenados o referidos por otros proveedores

Número de *MLN Matters*: SE1201
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 solamente pagará por artículos o servicios que hayan sido facturados con el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico o profesional elegible que se haya inscrito en Medicare y haya ordenado artículos o servicios provistos.

Los proveedores deben asegurarse que cualquier artículo o servicio presentado en reclamaciones de Medicare sean referidas u ordenadas por proveedores, inscritos en Medicare, de un tipo de especialidad que este autorizada a ordenar o referir servicios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1201.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1201

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

Información General

Sistema de pagos prospectivos de ESRD y facturación consolidada

Número de *MLN Matters*: MM7064 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7064
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de enero de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R2134CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el artículo MM7064 de *MLN Matters* para anunciar la implementación de un sistema de pagos prospectivos (PPS) en conjunto con ESRD. El ESRD PPS es efectivo para los servicios a partir del 1 de enero de 2011; por lo tanto, es importante que los proveedores no presenten reclamaciones con fechas de servicio que vayan desde el 2010 y 2011. Sin embargo, los centros de ESRD pueden hacer solamente una elección para excluir del periodo de transición y tener su pago basado completamente en la cantidad de pago bajo el ESRD PPS. Los centros que deseen ejercer esta opción deben hacerlo en o antes del 1 de noviembre de 2010.

El sistema de pagos prospectivos (PPS) de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) reemplazará el sistema de pago compuesto ajustado de caso mixto básico actual y las metodologías para el reembolso de servicios y artículos ambulatorios relacionados a ESRD y facturados por separado. El

ESRD PPS proveedor un solo pago a los centros de ESRD (i.e., proveedores en hospitales de centros de servicios y diálisis renal). El pago cubrirá todos los recursos usados en proveer un tratamiento ambulatorio de diálisis, el cual incluye lo siguiente:

- Suministros y equipo usado para administrar diálisis en el centro de ESRD o en el hogar del paciente
- Medicamentos
- Productos biológicos
- Pruebas de laboratorio
- Adiestramiento
- Servicios de ayuda

El ESRD PPS provee a los centros de ESRD un periodo de transición de cuatro años bajo el cual ellos recibirían una mezcla de la metodología de pago actual y el nuevo pago ESRD PPS. En el 2014, los pagos estarán basados 100 por ciento en el pago ESRD PPS.

Continúa en la página siguiente

Sistema...(continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7064.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7064, 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/R2134CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2134, CR 7064

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

Programa de auditoría de recuperaciones – cambio emitiendo cartas de demanda

Número de *MLN Matters*: MM7436 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7436
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de enero de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R202FM
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Efectivo el 3 de enero de 2012, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) estarán transfiriendo la responsabilidad de emitir cartas de demanda a los proveedores de sus auditores de recuperación a sus contratistas de procesamiento de reclamación. El propósito de este cambio es el de evitar cualquier retraso en la emisión de cartas de demanda.

Cuando un auditor de recuperaciones encuentra que pagos impropios han sido realizados, el auditor

enviará ajustes de reclamación al contratista de procesamientos de reclamaciones de Medicare asignado del proveedor. El contratista establecerá cuentas por cobrar y emitirá una carta de demanda automatizada al proveedor por cualquier sobrepago identificado. Entonces, el contratista seguirá el mismo proceso que usaría para recuperar cualquier otro tipo de sobrepago.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7436, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R202FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 202, CR 7436

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

CMS anuncia retrasos en la implementación de dos proyectos de demostración debido a los comentarios de los proveedores

El 15 de noviembre de 2011, Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunció la revisión de prepago y autorización previa para la demostración de dispositivos eléctricos de movilidad (PMD) y la demostración de revisión de prepago de auditoría de recuperación. Estas demostraciones fueron programadas para comenzar el 1 de enero de 2012. Sin embargo, CMS recibió muchos comentarios/sugerencias sobre estas demostraciones y esta cuidadosamente considerando estos comentarios. Por lo tanto, CMS retrasará la implementación de estas demostraciones. CMS proveerá por lo menos 30 días de aviso antes de comenzar las demostraciones.

Sin embargo, la demostración de re facturación de Parte A a Parte B comenzará el 1 de enero de 2012, según programado.

Por favor, visite: <http://go.cms.gov/cert-demos> para información actualizada.

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 201112-59

Ahora disponible – Presentaciones de video de diapositivas y podcasts del Medicare Shared Savings Program

¿Quieres aprender más sobre el Medicare Shared Savings Program (Shared Savings Program) y cómo aplicar? Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha publicado nuevos recursos en la página Web de “Shared Savings Program CMS Teleconferences and Events” en http://www.cms.gov/sharedsavingsprogram/40_Events.asp.

Resumen del Medicare Shared Savings Program

Presentación de video de diapositivas en YouTube El 7 de diciembre, John Pilotte, director del Performance-Based Payment Policy Group en CMS dio un resumen del Medicare Shared Savings Program, seguido por una sesión de preguntas y respuestas. Una presentación de video de diapositivas sobre esta llamada con audio y subtítulos está ahora disponible en el [CMS YouTube Channel](#).

Medicare Shared Savings Program: “Proceso de aplicación y resumen del modelo de aplicaciones de pago por adelantado” teleconferencia nacional

Presentación de video de diapositivas en YouTube

¿Se perdió la teleconferencia nacional del 15 de noviembre sobre el “Medicare Shared Savings Program: Application Process and Overview of the Advance Payment Model Application”? La presentación de la teleconferencia está disponible en el [CMS YouTube Channel](#) como video de diapositivas.

La misma incluye la llamada de audio y esta subtitulada.

Podcasts

¿Está limitado en tiempo? Los Podcasts son perfectos para la oficina, el carro, o para cualquier lugar a donde pueda llevar un reproductor multimedia portátil o smartphone. Los siguientes podcasts de la teleconferencia de Shared Savings Program de noviembre 15 también están disponibles:

- Podcast 1 de 4: Introducción por Dr. Donald Berwick
- Podcast 2 de 4: proceso de aplicación de Medicare Shared Savings Program
- Podcast 3 de 4: Modelo de pago por adelantado
- Podcast 4 de 4: Sesión de preguntas y respuestas

Usted puede encontrar enlaces a estos podcasts con las transcripciones escritas correspondientes, así como también enlaces a las presentaciones de diapositivas en video, grabación en audio completa, y una transcripción completa por escrito en la página Web de Shared Savings Program CMS Teleconferences and Events en http://www.cms.gov/sharedsavingsprogram/40_Events.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 201201-08

Disponible el programa de incentivo de productos educacionales de eRx de 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complace en anunciar la publicación de los productos educacionales del programa de incentivo de receta electrónica (eRx) de 2012 en la página Web de eRx en <http://www.cms.gov/ERxIncentive>.

Para acceder a los productos educacionales del Programa de Incentivo de Receta Electrónica (eRx) del 2012, visite la página de Spotlight en la página Web del programa de incentivo de eRx en http://www.cms.gov/ERxIncentive/02_Spotlight.asp para el listado de los productos educacionales y sus páginas de la sección correspondiente, donde se pueden encontrar.

- Especificaciones de medida del programa de incentivo de receta electrónica (eRx) de 2012 y notas sobre la publicación – provee dirección sobre las especificaciones de medida de eRx de 2012 para reclamaciones reportes basados en la inscripción y notas sobre la publicación describiendo cambios de las especificaciones de medidas de eRx del 2011.
- Principios de reporte basados en reclamaciones para el programa de incentivo de receta



electrónica (eRx) del 2012 – provee dirección sobre los principios para reportar la medida de eRx en reclamaciones para el programa de incentivo de eRx de 2011.

- Ejemplo de la reclamación CMS-1500 del programa de incentivo de receta electrónica (eRx) del 2012 – un ejemplo detallado de un NPI individual reportando la medida de eRx en la forma CMS-1500.

Continúa en la página siguiente

Disponible...(continuación)

- Archivo de salud electrónico (EHR) Especificaciones de medida para el programa de incentivo de receta electrónica (eRx) del 2012 y notas sobre la publicación – provee dirección sobre las especificaciones de medida de EHR de 2012 para eRx y notas sobre la publicación. En adición, las especificaciones contienen una descripción detallada de elementos de data de nombres y códigos.
- Tabla como recurso descargable del Archivo de salud electrónico (EHR) del 2012 y notas sobre la publicación – un spreadsheet de Excel y notas sobre la publicación listando información de EHR del 2012.
- Especificaciones de medida de GPRO del programa de incentivo de receta electrónica (eRx) del 2012 y notas sobre la publicación – provee dirección sobre las especificaciones para las medidas de eRx para utilizar en GPRO de eRx del 2012 y notas de la publicación.

Más información sobre el Sistema de reporte de calidad médica del 2012 puede ser encontrada en la regla final del Medicare physician fee schedule del 2012 con periodo de comentario que fue publicado en el Federal Register el 28 de noviembre de 2011.

Más información sobre el programa de incentivo de eRx del 2012 puede ser encontrada en la regla final del Medicare physician fee schedule del 2012 que fue publicado en el Federal Register el 28 de noviembre de 2011. La regla final puede ser encontrada en la sección de instrucciones del estatuto/Regulaciones/Programa de la página en http://www.cms.gov/ERxIncentive/04_Statute_Regulations_Program_Instructions.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 201201-11

Actualización de conjunto de códigos HCPCS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complace en anunciar la publicación programada de modificaciones al conjunto de códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Estos cambios han sido publicados en el sitio web de HCPCS en <http://www.cms.gov/medhcpcsgeninfo>. Los cambios son efectivos en la fecha indicada en la actualización.

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 201201-18

Próximas fechas para el programa de incentivo de EHR de Medicare e información sobre el límite de pago para profesionales elegibles

Según comienza el 2012, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) quiere recordarle a los profesionales elegibles (EP) participando en el programa de incentivo de registros de salud electrónicos de Medicare (EHR) de importantes fechas límites cercanas que todavía puede ser completado en 2012 para poder recibir un pago de incentivo para el año calendario (CY) 2011.

Fechas importantes del programa de incentivo de EHR de Medicare:

El sábado, 31 de diciembre de 2011, el año a reportar terminó para los EP que participaron en el programa de incentivo de EHR de Medicare en el 2011. ¿Qué significa esto? Para los EP que están participando, tienen que haber completado su periodo de reporte de 90 días para final del 2011.

Sin embargo, los EP tienen hasta el miércoles, 29 de febrero de 2012, para inscribirse y atestar al uso significativo para recibir un pago de incentivo por el CY 2011 a través del [Sistema de atestación e inscripción al programa de incentivo de EHR de Medicare & Medicaid](#).

Información de límite de pago:

El miércoles, 29 de febrero de 2012, es también

la fecha límite para los EP presentar cualquier reclamación pendiente de Medicare Parte B del CY 2011, ya que CMS permite 60 días después del sábado, 31 de diciembre de 2011, para todas las reclamaciones pendientes a ser procesadas. Esto significa que los EP tienen 60 días en el 2012 para presentar reclamaciones por cargos permitidos incurridos en el 2011.

Los pagos de incentivo de EHR de Medicare a los EP son basados en un 75 por ciento de los cargos permitidos de la Parte B por servicios profesionales cubiertos prestados por el EP durante todo el año de pago. Si el EP no cumplió el límite de los \$24,000 de los cargos permitidos de la Parte B para el final del CY 2011, CMS espera emitir un pago de incentivo para el EP en abril 2012 por 75 por ciento de los cargos de la Parte B del EP del 2011.

Nota para participantes de Medicaid: Incentivos de Medicaid serán pagados por los estados, pero el

Continúa en la página siguiente

Próximas...(continuación)

tiempo puede variar de acuerdo al estado. Por favor contacte la agencia de Medicaid de su estado para más detalles sobre pago.

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR? Visite el sitio web de [Programas de incentivo de EHR](#) para las noticias y actualizaciones más recientes 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 201201-31

Enero es el mes nacional de concientización sobre glaucoma

Siendo enero el mes designado como el mes nacional de concientización sobre glaucoma, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) le piden que se una en promover una mayor conciencia sobre glaucoma y el servicio de chequeo de glaucoma cubierto por Medicare. Hoy, más de 2.2 millones de estadounidenses mayores de 40 años tienen glaucoma de ángulo abierto, la forma más común de glaucoma, y por lo menos la mitad ni siquiera saben que la tienen. A través de la detección temprana y el tratamiento, usted puede ayudar a prevenir la ceguera.

Medicare provee cobertura para un chequeo anual de glaucoma para beneficiarios de al menos uno de los siguientes grupos de alto riesgo:

- Individuos con diabetes mellitus
- Individuos con historia familiar de glaucoma
- Afroamericanos mayores de 50 años
- Hispanoamericanos mayores de 65 años

La cobertura para chequeo de glaucoma de Medicare incluye examinación de dilatación del ojo con medida de presión intraocular (IOP) y examen de oftalmoscopia directa o examen de biomicroscopía con lámpara de hendidura.

¿Qué usted puede hacer?

Como profesional de la salud que provee cuidado a personas mayores y otros con Medicare, usted puede ayudar a proteger la visión de sus pacientes que podrían estar en alto riesgo de glaucoma educándolos sobre sus factores de riesgo y recordándoles sobre la importancia del chequeo anual de glaucoma cubierto por Medicare.

Para más información:

- [Folleto de chequeo de glaucoma de CMS](#)
- [Guía de CMS de servicios preventivos de Medicare \(ver capítulo 7\)](#)
- [La página de Web MLN de productos educacionales para servicios preventivos](#)
- [El Instituto Nacional del Ojo](#)

Gracias por unirse a CMS para promover una mayor conciencia sobre glaucoma y el beneficio del chequeo de glaucoma cubierto 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 201201-34

Actualizaciones del Medicare Learning Network®

Nueva hoja informativa publicada “Medicare Coverage of Radiology and Other Diagnostic Services”

Una nueva hoja informativa “[Medicare Coverage of Radiology and Other Diagnostic Services](#)” (ICN 907164) ha sido publicada en formato para descargar. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre la información de cobertura y facturación de Medicare para radiología y otros servicios diagnósticos, e incluye información específica sobre los requisitos de facturación y codificación y una perspectiva general de las directrices de cobertura.

Nuevo ‘fast fact’ en la página Web MLN® Provider Compliance

Un nuevo “fast fact” ahora está disponible en la página Web [MLN® Provider Compliance](#). Esta página provee los últimos productos educacionales diseñados para ayudar a los proveedores de servicio a tarifa (FFS) de Medicare a entender –y evitar– los errores comunes de facturación y otras actividades impropias. Favor de marcar como bookmark esta página e ingresar en ella con frecuencia puesto que nuevos “fast fact” son añadidos cada mes.

Continúa en la página siguiente

Actualizaciones...(continuación)

Folleto “Items and Services That Are Not Covered Under the Medicare Program” y la hoja informativa “Medicare Claim Submission Guidelines” ahora disponibles en formato impreso

El folleto “*Items and Services That Are Not Covered Under the Medicare Program*” (ICN 906765), disponible ahora en formato impreso, incluye información sobre cuatro categorías de artículos y servicios que no están cubiertos bajo el programa de Medicare y las excepciones aplicables a las exclusiones y la notificación avanzada al beneficiario de no cobertura.

La hoja informativa “*Medicare Claim Submission Guidelines*” (ICN 906764), también disponible ahora en formato impreso, incluye información sobre solicitar un National Provider Identifier e inscribirse en el programa de Medicare, enviar reclamaciones de Medicare, y contratos privados con los beneficiarios de Medicare.

Folleto revisado “Medicare Claim Review Programs”

El folleto revisado “*Medicare Claim Review Programs: MR, NCCI Edits, MUEs, CERT, and RAC*” (ICN 006973)

está diseñado para proveer educación sobre los diferentes programas de revisión de reclamación de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y ayudar a los proveedores a reducir los errores de pago, incluyendo, en particular, los errores de cobertura y codificación. Incluye las preguntas frecuentes, recursos, y una perspectiva general de los varios programas, incluyendo revisión médica, contratista de auditoría de recuperación, y el programa “comprehensive error rate testing” (CERT).

Hoja informativa revisada “Substance (Other Than Tobacco) Abuse Structured Assessment and Brief Intervention (SBIRT)”

La hoja informativa revisada “*Substance (Other Than Tobacco) Abuse Structured Assessment and Brief Intervention (SBIRT)*” (ICN 904084) está diseñada para proveer educación sobre SBIRT, un enfoque de intervención temprana que está dirigido a aquellos que no tienen dependencia al uso de sustancia para proveer estrategias efectivas para la intervención antes de la necesidad de un tratamiento más extenso o especializado.

Folleto revisado de recursos específicos del proveedor MLN[®] guided pathways (básico, A, y B)

El currículo revisado MLN[®] guided pathways está diseñado para permitir a los estudiantes identificar fácilmente y seleccionar los recursos al hacer clic en los temas de interés. El currículo comienza con el conocimiento básico para todos los proveedores y luego expande la información para aquellos que

se inscriben en los formularios 855B, I, y S o en el formulario 855A (o los equivalentes de PECOS basado en Internet). Los recursos de folletos son:

- [MLN Guided Pathways to Medicare Resources – Basic Curriculum for Health Care Professionals, Suppliers, and Providers](#)
- [MLN Guided Pathways to Medicare Resources Intermediate Curriculum for Health Care Providers \(Part A\)](#)
- [MLN Guided Pathways to Medicare Resources Intermediate Curriculum for Health Care Professionals and Suppliers \(Part B\)](#)

Folleto revisado de recurso “MLN Guided Pathways Provider-Specific”

El folleto revisado de recurso específico del proveedor “*MLN Guided Pathways to Medicare Resources*”

provee varias especialidades de profesionales de la atención médica, (médicos, quiroprácticos, optometristas, podólogos), enfermeras (enfermeras prácticas avanzadas, enfermera clínica especialista, enfermera practicante, partera) médico asistente, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas (ocupacional, físico, patología del habla-lenguaje), dietistas, nutricionistas, suplidores (ambulancia, centros de cirugía ambulatoria, equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros, centro de salud calificado por el gobierno federal, clínica de salud en zona rural, laboratorios, mamografía, terapia de radiación, rayos X portables), y proveedores (comunidad de centro de salud mental, centro de rehabilitación completo del paciente ambulatorio, enfermedad renal en estado terminal, agencia de salud en el hogar, centro de servicios paliativos, terapia física ambulatoria, patología y centro de enfermería especializada) con recursos específicos a su especialidad incluyendo los manuales electrónicos de CMS (Internet-Only Manuals, IOM), las publicaciones del *Medicare Learning Network*[®], las páginas Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), y más. Esta versión incluye la adición de senderos para asistentes de anestesiología/enfermera anestesióloga registrada certificada, anestesiólogos, oftalmólogos, y optometristas junto con un sendero completamente desarrollado para la lista de facturación para la inmunización en masa.

Todos los folletos de MLN[®] guided pathways arriba están disponibles en http://www.CMS.gov/MLNEdWebGuide/30_Guided_Pathways.asp.

Hoja informativa disponible “Advanced Payment Accountable Care Organization Model”

La nueva hoja informativa “*Advanced Payment*



Continúa en la página siguiente

Actualizaciones...(continuación)

Accountable Care Organization Model[®] (ICN 907403) está diseñada para proveer educación sobre el modelo de pago avanzado para las organizaciones responsables de la atención médica (accountable care organizations, ACO). Incluye un resumen del modelo ACO de pago avanzado, historial, e información sobre los pagos de estructura, recuperación de los pagos adelantados, elegibilidad y el proceso de aplicación.

Hoja informativa disponible “**Summary of Final Rule Provisions for Accountable Care Organizations Under the Medicare Shared Savings Program**”

La nueva hoja informativa “*Summary of Final Rule Provisions for Accountable Care Organizations Under the Medicare Shared Savings Program*” (ICN 907404) está diseñada para proveer educación sobre las provisiones de la regla final que implementa el programa Medicare shared savings con los ACO. Incluye historial, información sobre cómo los ACO impactan a los beneficiarios, los requisitos de elegibilidad para formar un ACO, e información sobre monitorear y unir el pago para mejorar la atención médica a costos más bajos.

Hoja informativa disponible “**Improving Quality of Care for Medicare Patients: Accountable Care Organizations**”

La nueva hoja informativa “*Improving Quality of Care for Medicare Patients: Accountable Care Organizations*” (ICN 907407) está diseñada para proveer educación sobre el mejoramiento de calidad de la atención médica bajo los ACO. Incluye una tabla de las medidas de calidad bajo el programa.

Programa de exhibición del proveedor

Recordatorio – marque sus calendarios. El *Medicare Learning Network*[®] estará exhibiendo en las siguientes conferencias del cuidado de la salud del proveedor en las próximas semanas:

- American College of Preventive Medicine 2012 Miércoles, 22 de febrero de 2012, hasta el sábado, 25 de febrero de 2012 Buena Vista Palace; Orlando, Fla. Puesto #11
- American Medical Group Association (AMGA) 2012 Annual Conference Miércoles, 7 de marzo de 2012, hasta el sábado, 10 de marzo de 2012 Manchester Grand Hyatt; San Diego, Calif.
- American Medical Student Association Jueves, 8 de marzo de 2012, hasta el domingo, 11 de marzo de 2012 Hyatt Regency Houston; Houston, Texas Puesto #12
- American College of Cardiology (ACC.12) 61st Annual Scientific Session & Expo Sábado, 24 de marzo, hasta el lunes, 26 de marzo de 2012 Chicago, Ill.
- National Hospice and Palliative Care Organization Jueves, 29 de marzo de 2012, hasta el sábado, 31 de marzo de 2012 National Harbor, Md.

Favor de tomar nota de estas fechas y localizaciones y añadirlas a su calendario. Si usted está interesado en que el *Medicare Learning Network*[®] de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) exhiban en su evento, contáctenos en MLNexhibits@cms.hhs.gov.

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

Fuente: CMS PERL 201201-35

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.

Nuevos y revisados recursos preventivos disponibles del *Medicare Learning Network*[®]

“Serie de servicios preventivos de Medicare: Parte 2,” – WBT revisado

Este curso de entrenamiento basado en la Internet (WBT) está diseñado para proveer educación sobre servicios preventivos de Medicare. El mismo incluye información sobre la cobertura de Medicare para el examen físico preventivo inicial (IPPE), ultrasonido de detección de aneurisma aórtico abdominal (AAA), examen de electrocardiograma (EKG), visita anual de bienestar (AWV), análisis de sangre cardiovascular, servicios relacionados a la diabetes, examen de inmunodeficiencia humana (HIV), y servicios de consejería para dejar de fumar y la cesación del consumo del tabaco.

Para acceder el WBT, visite la página de [productos de MLN](#)[®], vaya a “Related Links Inside CMS,” y seleccione “Web-Based Training (WBT) Courses.”

“Preventive Services Educational Resources for Health Care Professionals” – artículo publicado de *MLN Matters*[®]

El nuevo artículo de edición especial “*Preventive Services Educational Resources for Health Care Professionals*” de *MLN Matters*[®] (#SE1142) está diseñado para proveer educación sobre recursos educacionales disponibles relacionados a servicios preventivos cubiertos por Medicare. Este incluye una lista de productos de *MLN*[®] que pueden ayudar a los proveedores de Medicare tarifa fija (FFS) a entender cobertura, codificación, reembolso, y requisitos de facturación relacionados a estos servicios.

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 201201-35

‘Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter’ publicado

La nueva “*Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter [Volumen 2, Edición 2]*” (ICN 907703) ha sido publicada en formato descargable. Esta herramienta educativa está diseñada para proveer educación sobre cómo evitar errores comunes de facturación y otras actividades erróneas cuando se está tratando con el programa de Medicare y resalta los problemas más importantes de un trimestre en particular. Por favor visite http://www.CMS.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyCompNL_Archive.pdf para descargar, imprimir, y buscar y archivar boletines informativos emitidos previamente.

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 201201-42

Recordatorios de la política de pago del bono HPSA

Número de *MLN Matters*: SE1202

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los médicos que prestan servicios a los beneficiarios de Medicare en áreas designadas como con escasez en el área profesional de la salud (HPSA) por el Health Resources and Services Administration (HRSA) desde el 31 de diciembre de 2011, son elegibles para un 10 por ciento de bono de pago por servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Si un área no tiene una designación geográfica HPSA de la atención primaria, pero tiene una designación

HPSA geográfica de salud mental, entonces solamente los psiquiatras que prestan los servicios a los beneficiarios de Medicare en el área designada son elegibles para el bono.

La elegibilidad es determinada anualmente basada en el estatus de la designación del año anterior. La información sobre las áreas designadas está disponible del HRSA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1202.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1202

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

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Febrero, marzo, abril

Medicare Parte B: ACT webcast

Cuando: 8 de febrero
Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. ET
Tipo: webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Virtual Medifest 2012: Donde el conocimiento y Medicare conectan

Cuando: 28 de febrero-1 de marzo
Hora: 10:00 a.m.-4:30 p.m. ET
Tipo: webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Medicare Parte A: Cambios de Medicare y regulaciones

Cuando: 10 de abril
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 de Medicare y regulaciones

Cuando: 11 de abril
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.

Hospital

Actualización de enero de 2012 del sistema de pago prospectivo de hospital para pacientes externos

Número de *MLN Matters*: MM7672 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7672
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2376CP y R152BP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7672, la cual describe cambios a, e instrucciones de facturación para, varias pólizas de pago implementadas en la actualización del OPSS de enero de 2012. CR 7672 implementa algunos cambios y clarificaciones en los requisitos manuales para la provisión de servicios terapéuticos en hospital para pacientes externos, concluido en la regla final del Centro de cirugía ambulatoria (ASC)/OPSS del año calendario (CY) 2012.

El OPSS Pricer y el Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) de enero de 2012 reflejará el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), Ambulatory Payment Classification (APC), modificador HCPCS y adiciones, cambios y supresiones del código de rentas identificados en el CR.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7672.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7672, 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/R152BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 152, CR 7672

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

Reclamaciones que reprocessan por la extensión de Sección 508 y las reclasificaciones de hospitales de excepción especial

La Sección 302 del Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act of 2011 (TPTCCA) extiende las reclasificaciones de la Sección 508 y ciertos índices de exención especial de salarios para dos meses, del 1 de octubre de 2011, hasta el 30 de noviembre de 2011. Para el periodo comenzando el 1 de octubre de 2011, y terminando el 30 de noviembre de 2011, la Sección 302 también requiere remover la Sección 508 y los datos de exención especial de salarios del cálculo del índice de salario reclasificado, si de hacerlo así alza el índice de salario reclasificado. Todos los hospitales afectados por la Sección 302 del TPTCCA serán asignados un índice especial de salario efectivo para solamente octubre noviembre de 2011. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) aplicarán la provisión para los pagos de hospital del paciente hospitalizado y ambulatorio. Para los pagos del hospital del paciente ambulatorio solamente, los hospitales de excepción especial y otros hospitales reclasificados que tendrían un índice de salario más alto basado en la remoción de la Sección 508 y los datos de salario de los hospitales de excepción especial recibirán un índice de salario de excepción especial del 1 de enero de 2012, hasta el 29 de febrero de 2012.

Las reclamaciones del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) y sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPSS) de los hospitales de Sección 508 y los hospitales con exención especial afectados por la Sección 302 con fechas de alta a partir del 1 de octubre de 2011, hasta el 30 de noviembre de 2011, serán reprocessadas a más tardar el 31 de diciembre de 2012, de acuerdo con el TPTCCA.

Continúa en la página siguiente

Reclamaciones...(Continuación)

Las reclamaciones OPPS para los hospitales reclasificados por excepciones especiales y otros hospitales afectados reclasificados que completaron el procesamiento antes de que fuese actualizado el índice de salario serán reprocesadas a principios de febrero de 2012.

Tenga en cuenta que para los hospitales OPPS, un hospital de Sección 508 que tiene una reclasificación geográfica extendida del 1 de octubre de 2011, hasta el 30 de noviembre de 2011, revertirán a su reclasificación programada previamente del 1 de octubre de 2011, o su índice de salario del área del hogar desde el 1 de diciembre de 2011, hasta el 31 de diciembre de 2011. Los hospitales de excepción especial OPPS y los hospitales reclasificados que se benefician basados en la remoción de la Sección 508 y los datos de hospital de excepción especial revertirán a la regla del índice de salario del año calendario (CY) 2012, comenzando el 1 de marzo de 2012. Los hospitales IPPS revertirán a su índice de salarios promulgado en la regla del año fiscal (FY) 2012 localizada en nuestro sitio Web en <http://www.CMS.gov/AcuteInpatientPPS/FR2012/itemdetail.asp?itemID=CMS1250520>.

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 201201-21

Hoja informativa revisada ‘Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System’

La hoja informativa “*Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System*” (ICN 006815) ha sido revisada y está disponible en formato descargable. Esta hoja informativa incluye información sobre historial de pagos, la base para el sistema de pagos prospectivos para el cuidado intensivo de pacientes hospitalizados, tarifas de pago y cómo las tarifas de pago son fijadas.

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 201201-35

Anunciando – actualizaciones al software ‘Intern and Resident Information System (IRIS)’

La comunidad del proveedor y los hospitales de enseñanza deberán tomar nota de los tres archivos actualizados (códigos de escuelas de medicina, códigos de tipo residencia, e instrucciones operacionales IRISV3 de diciembre 2011) en los programas de software de IRIS (IRISV3 y IRISEDV3) para coleccionar y reportar información sobre entrenamiento de residencia en hospitales y entornos no hospitalarios:

- Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) añadieron 62 códigos nuevos de IRIS de tipo residencia a la tabla de códigos de residencia de IRIS; 47 de estos códigos son códigos revisados para 48 códigos de tipo residencia obsoletos alopática y osteopática. Los proveedores deben comenzar a utilizar los códigos revisados para periodos de reportes de costo comenzando antes del domingo 1 de julio de 2012; sin embargo, estos códigos deben ser usados para periodos de reportes de costo comenzando a partir del domingo, 1 de julio de 2012.
- CMS también añadió 15 códigos nuevos de IRIS de escuelas de medicina a la tabla de códigos de escuelas de medicina de IRIS.
- Los proveedores pueden comenzar a utilizar los nuevos códigos de tipo residencia en los programas de IRIS para periodos de reporte de costo terminando a partir del viernes, 30 de septiembre de 2011.

Los programas de IRIS están disponibles para descargar en <http://www.CMS.gov/IRIS>.

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 201201-41

Hoja informativa disponible en copia impresa ‘Hospital Value-Based Purchasing Program’

La hoja informativa “*Hospital Value-Based Purchasing Program*” (ICN 907664) está ahora disponible en copia impresa. Esta hoja informativa está diseñada para proveer educación sobre el programa de compra basado en el valor de hospital, e incluye información sobre cómo Medicare estará haciendo los pagos de incentivos a los hospitales durante el año fiscal (FY) 2013 basado en la ejecución y la puntuación del proceso clínico de las medidas de cuidado y la experiencia de paciente de dimensiones de cuidado. Para ordenar copias impresas de esta hoja informativa, visite <http://www.CMS.gov/MLNProducts> y haga clic en “MLN Product Ordering Page” debajo de “Related Links Inside CMS” al final de la página Web.

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

Fuente: CMS PERL 201201-42

Pagos Prospectivos

Disponibles los archivos específicos del proveedor de data SAS y de data de texto trimestrales de enero de 2012

Los archivos específicos del proveedor (PSF) de data SAS y de data de texto trimestrales de enero 2012 están disponibles. Estos archivos están ahora disponibles en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Los archivos de data SAS están disponible en la sección de Downloads en: http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp, y los archivos de data de texto están disponibles en la sección de Downloads en: http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp. Una nueva versión de los archivos de texto ha sido añadida con el nombre y la información de dirección al final del registro. Si usted utiliza el archivo de texto específico del proveedor o el de data SAS, por favor vaya a las páginas de Web listadas arriba y descargue la más reciente versión de los archivos de PSF.

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 201201-27

Información para los proveedores de sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio sobre la facturación del código CPT® 33249

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado que una actualización al editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) es necesaria para permitir pago para el código *Current Procedural Terminology*® (CPT) 33249. CMS ha provisto dirección a los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare a retener las reclamaciones de sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) que contengan el código CPT® 33249, efectivo el domingo, 1 de enero de 2012, hasta que el I/OCE haya sido actualizado con esta información de pago. Las reclamaciones retenidas deben ser emitidas en o cerca del lunes, 6 de febrero de 2012.

Fuente: CMS PERL 201201-29

Actualización del archivo CY 2012 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio Pricer

La página Web del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) Pricer fue actualizada recientemente para incluir la actualización el año calendario (CY) de enero de 2012 para los datos ambulatorios del proveedor. Los usuarios ahora pueden acceder los datos actualizados del proveedor de enero en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp> al seleccionar “2012”, y luego descargue “1st Quarter 2012 Files” de la página Web OPPS Pricer.

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

Fuente: CMS PERL 201201-37

Centros de Enfermería Especializada

Dirección para los hospitales de enseñanza sobre comunicación adecuada de devolución de impuestos de FICA

Número de *MLN Matters*: MM7685 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7685
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de enero de 2012
Fecha de efectividad: 30 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R1017OTN
Fecha de implementación: 30 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7685, la cual informa a los hospitales de enseñanza y contratistas de Medicare sobre la forma correcta de reportar al Internal Revenue Service (IRS) reembolsos de impuestos del Medicare Federal Insurance Contributions Act (FICA) en reportes de costo. Hospitales de enseñanza deben trabajar con su contratista de Medicare para hacer cualquier cambio necesario para el 30 de enero de 2012, a sus reportes de costo del año fiscal (FY) 2009 a ser utilizados en el índice de salario de FY 2013, de modo que el índice de salario sea calculado correctamente para la regla propuesta del sistema de pago prospectivo del paciente hospitalizado (IPPS) para el FY 2013. CR 7685 hace una excepción a la fecha límite del 5 de diciembre de 2011, fecha límite especificada en CR 7450 para permitirle a los hospitales someter revisiones a los contratistas después del 5 de diciembre de 2011, pero solo con el propósito de reportar adecuadamente el reembolso de impuestos de FICA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7685.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7685, 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/R1017OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1017, CR 7685

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.

Asistentes médicos ahora pueden realizar las certificaciones y recertificaciones requeridas para un nivel de cuidado de un SNF

Número de *MLN Matters*: MM7701
Número de petición de cambio relacionado: 7701
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de enero de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R76GI y R153BP
Fecha de implementación: 13 de febrero de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7701 implementa la Sección 3108 del Affordable Care Act. Esta sección añade asistentes médicos a la lista de profesionales de la salud que pueden realizar certificaciones y recertificaciones del nivel de cuidado de centro de enfermería especializada (SNF). Realizar esta función es un requisito de cobertura de Medicare para servicios de SNF bajo la Parte A. Efectivo para servicios provistos a partir del 1 de enero de 2011, asistentes médicos pueden realizar la certificación inicial requerida y recertificaciones periódicas para la necesidad de un beneficiario de un nivel de cuidado de un SNF.

Nota: Los contratistas reabrirán y reprocesarán cualquier reclamación traída a su atención por servicios de SNF de Parte A que fueron denegados por error (antes de esta actualización) debido a que un asistente médico completó la certificación o recertificación del nivel de cuidado de SNF. Sin embargo, los contratistas no buscarán en el historial de reclamaciones para identificar estas reclamaciones.

Continúa en la página siguiente

Asistentes...(Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7701.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7701, 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/R76GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 76, CR 7701

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.

Solución provisional para el código de denegación 31742 de evaluación de la fecha de referencia para SNF y reclamaciones de camas de uso múltiple

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha desarrollado una solución temporera para el centro de enfermería especializada (SNF) y reclamaciones de camas de uso múltiple (SB) incorrectamente devueltas al proveedor por evaluación de la fecha de referencia (ARD) código de denegación 31742 para permitir estas reclamaciones sean procesadas. Los proveedores con reclamaciones devueltas debido a aplicación incorrecta de este código de razón deben enviarlas de vuelta a Medicare para procesar. Asegúrese de facturar los ARD correctos con el código de ocurrencia 50 antes de enviar estas reclamaciones a Medicare para procesar.

Fuente: CMS PERL 201201-16

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 201201-20

La video presentación de diapositivas "Skilled Nursing Facility PPS MDS 3.0 and RUG-IV Policies and Clarifications" está disponible en el canal de YouTube de CMS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron una video presentación de diapositivas de la llamada nacional del proveedor del jueves, 3 de noviembre de 2011 sobre "*Skilled Nursing Facility (SNF) Prospective Payment System (PPS) Minimum Data Set (MDS) 3.0 and Resource Utilization Group-Version 4 (RUG-IV) Policies and Clarifications*" en el [canal de YouTube de CMS](#).

Durante esta llamada nacional del proveedor, expertos en la materia de CMS presentaron un panorama general de las políticas, junto con clarificaciones sobre las políticas del SNF PPS año fiscal (FY) 2012 relacionadas al MDS 3.0. La agenda incluyó:

- Distribución de terapias de grupo
- Cambios al itinerario de evaluación de MDS
- Clarificaciones sobre final de la terapia (EOT) otras evaluaciones requeridas por Medicare

(OMRA)

- Final de la terapia con reanudación (EOT-R)
- Cambio de terapia (COT) OMRA
- Sesión de preguntas y respuestas

Para más información sobre SNF PPS y otros recursos educacionales disponibles, por favor visite el sitio web [SNF PPS FY2012 RUG-IV Education & Training Web page](#).

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

Fuente: CMS PERL 201201-33

Información General

Actualizaciones de procesamiento de reclamaciones de FISS para servicio de ambulancia

Número de *MLN Matters*: MM7557 – Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7557
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de enero de 2012
Fecha de efectividad: Para las reclamaciones impresas UB-04, 1 de agosto de 2011. Para cambios de requisito de NPI, 1 de abril de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2383CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo identifica dos cambios en reclamaciones de ambulancia presentadas. El primero aplica a reclamaciones UB-04 impresas comenzando con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, presentadas a partir del 1 de agosto de 2011. El millaje debe ser reportado como unidades fraccionarias. Cuando se reporte millaje fraccional, los proveedores deben redondear las millas totales a la décima más cercana a una milla y el decimal debe ser utilizado en el lugar correcto (e.g., 99.9). Para viajes con un total de menos de 1 milla, ingrese un "0" antes del decimal (e.g., 0.9). Esto aplica a viajes de hasta 100 millas.

El segundo cambio aplica a reclamaciones institucionales con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2012. Solo los viajes que no son de emergencia (i.e., códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) A0426, A0428 (cuando A0428 es facturado sin el modificador QL)) requieren un Identificador nacional del proveedor (NPI) en el campo de médico que lo atiende. Ingresar un NPI en el campo de médico que lo atiende no es requerido para viajes de emergencia (i.e., códigos de HCPCS A0427, A0429, A0430, A0431, A0432, A0433, y A0434, y A0428 (cuando A0428 es facturado con el modificador QL)).

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7557, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2383CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2383, CR 7557

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

Hoja informativa revisada ‘Federally Qualified Health Center’

La hoja informativa revisada “*Federally Qualified Health Center*” (FQHC) (ICN 006397) incluye la siguiente información: historial; designación de FQHC; servicios cubiertos por FQHC; servicios primarios preventivos de FQHC que no están cubiertos; sistema de pagos prospectivos de FQHC; pagos de FQHC; y provisiones del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 que tienen un impacto en FQHC.

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

Fuente: CMS PERL 201201-35

Hoja informativa disponible ‘Medicare Shared Savings Program and Rural Providers’

La nueva hoja informativa “*Medicare Shared Savings Program and Rural Providers*” (ICN 907408) está diseñada para proveer educación sobre cómo el programa de ahorros compartidos de Medicare afecta a los proveedores rurales. Esta incluye información sobre centros de salud con calificación federal, clínicas de salud rural, hospitales de acceso crítico, y como este programa les afecta.

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 201201-35

Procesamiento de reclamaciones con códigos de diagnóstico exentos presentes en admisión – efectivo el 1 de octubre de 2011, edición con código de denegación 34931

La petición de cambio (CR) 7680 actualiza la lista de Clasificaciones internacionales de enfermedades, 9a edición, códigos de Modificación clínica (ICD-9-CM) exentos de presente en admisión (POA) reporte para altas a partir del 1 de octubre de 2011. Esta CR está prevista a ser implementada el 2 de julio de 2012.

Reclamaciones de hospitalización presentadas con un código ICD-9-CM que contiene una exención POA, efectivo el 1 de octubre de 2011, están actualmente siendo devueltas al proveedor (RTPd) con el código de denegación 34931, solicitando un indicador de POA válido. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha creado una solución para resolver este problema añadiendo un indicador “W” de POA al código ICD-9-CM afectado en vez de dejarlo en blanco.

Instrucciones para presentar reclamaciones que contienen un código ICD-9-CM con exención de POA, efectivo el 1 de octubre de 2011:

1. Los centros deben verificar los listados de códigos de diagnóstico con exención de POA para el 2011 y 2012.
 - [2011 lista](#) (vaya a la página 7)
 - [2012 lista](#)
2. Si el código está en ambas listas, no añada un código de POA y deje el campo en blanco.
3. Sin embargo, si el código de diagnóstico está solo en la lista de 2012, aplique la “W” en el campo. Los siguientes códigos de diagnóstico fueron añadidos a la lista de exención, efectivo el 1 de octubre de 2011, y requieren la “W.”

Códigos ICD-9-CM		
747.31	747.32	747.39
V12.21	V12.29	V12.55
V13.81	V13.89	V15.9
V19.11	V19.19	V23.42
V23.87	V54.82	V58.68
V88.21	V88.22	V88.29

Nota: Solo los códigos listados arriba requieren el indicador de POA “W”. Si el indicador “W” es añadido incorrectamente a otros códigos de diagnóstico, la reclamación será RTP con el código de denegación 34931.

4. Si el código no está en ninguna lista (lo que significa que no está exento); los centros deben aplicar el indicador POA apropiado. (Nota: indicador POA “1” no debe ser reportado.)
5. Volver a presentar (o PF9 – emisores DDE) la reclamación.

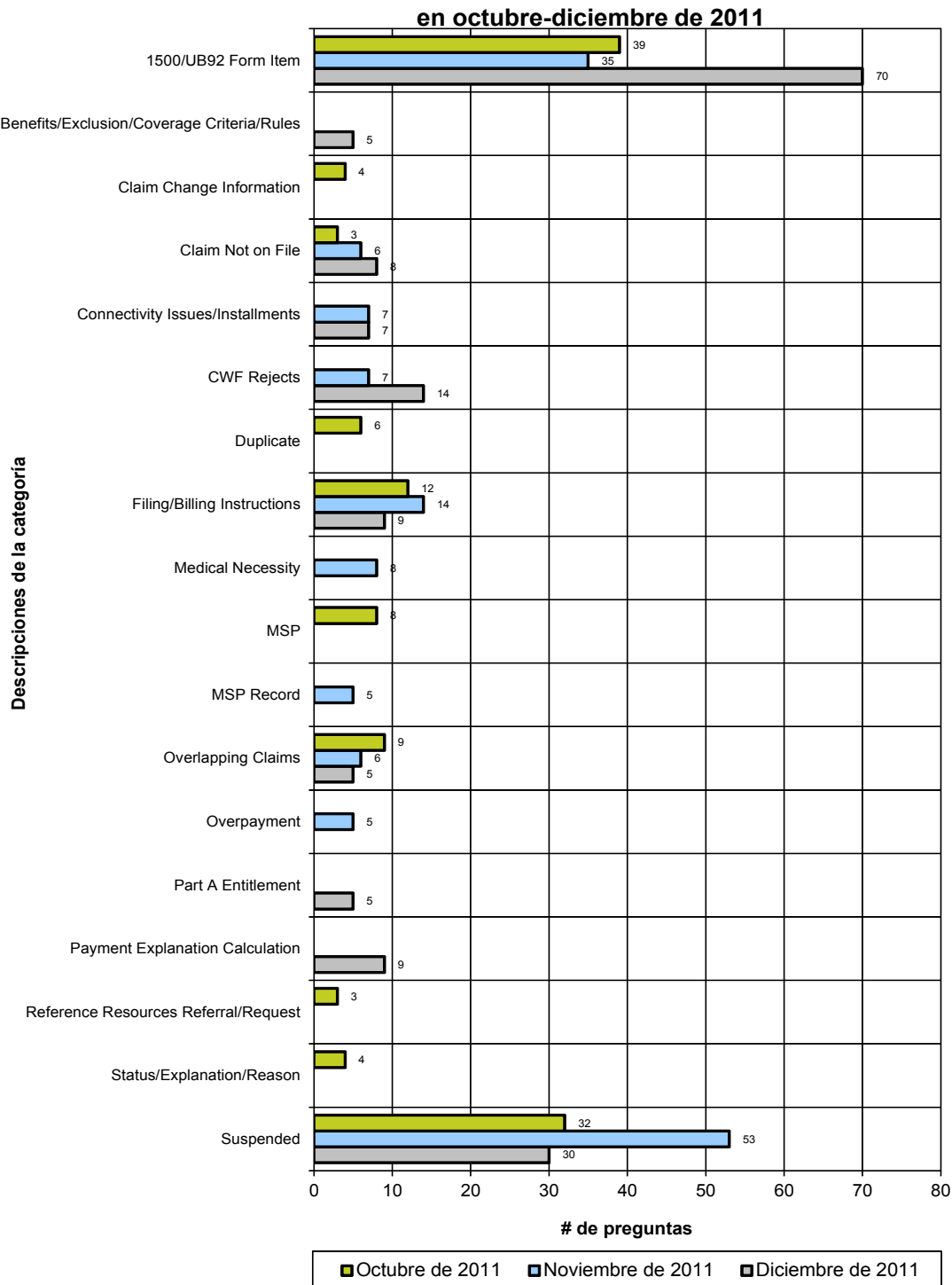
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: TDL 12137

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

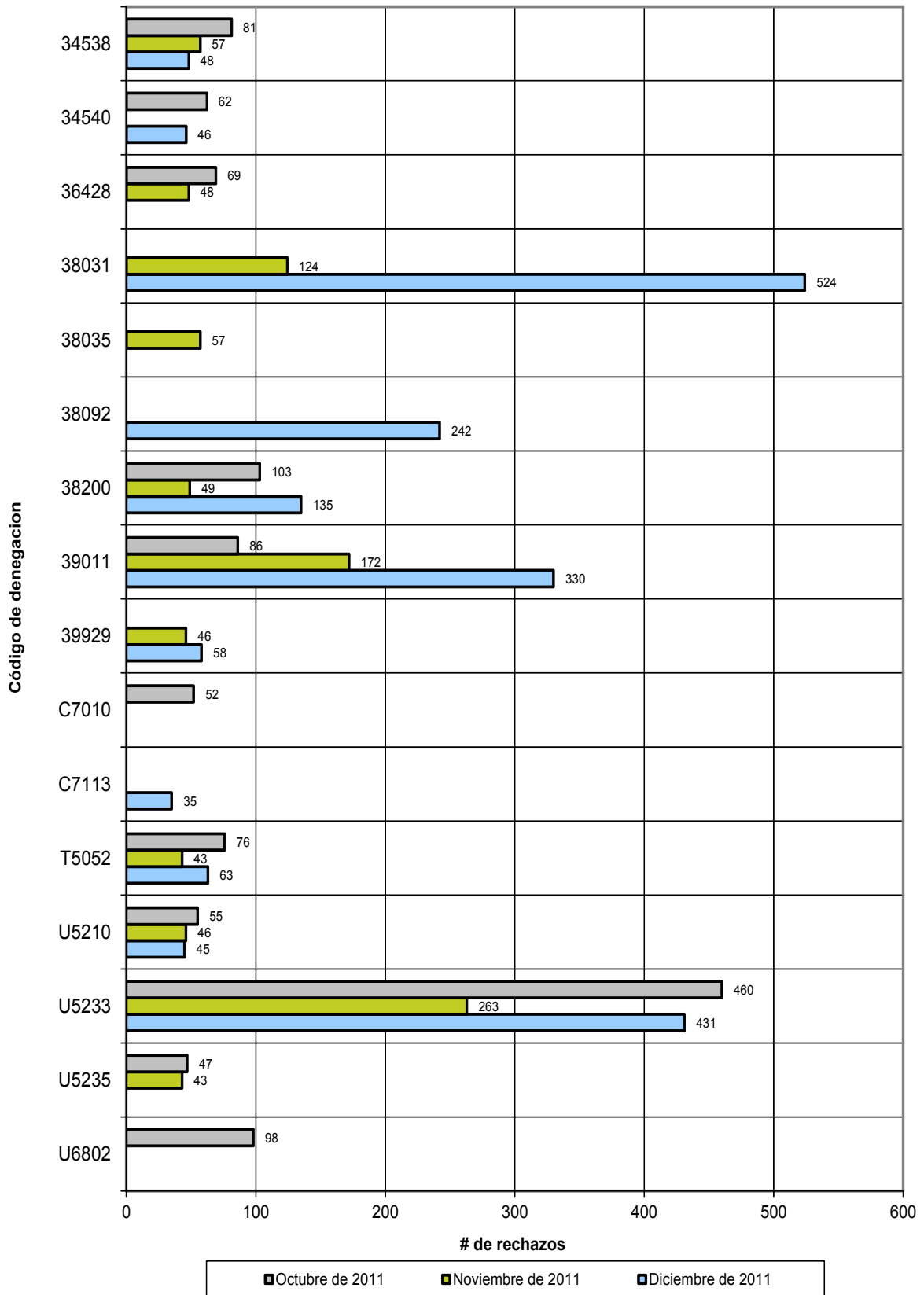
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de octubre-diciembre de 2011. Para consejos y recursos 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



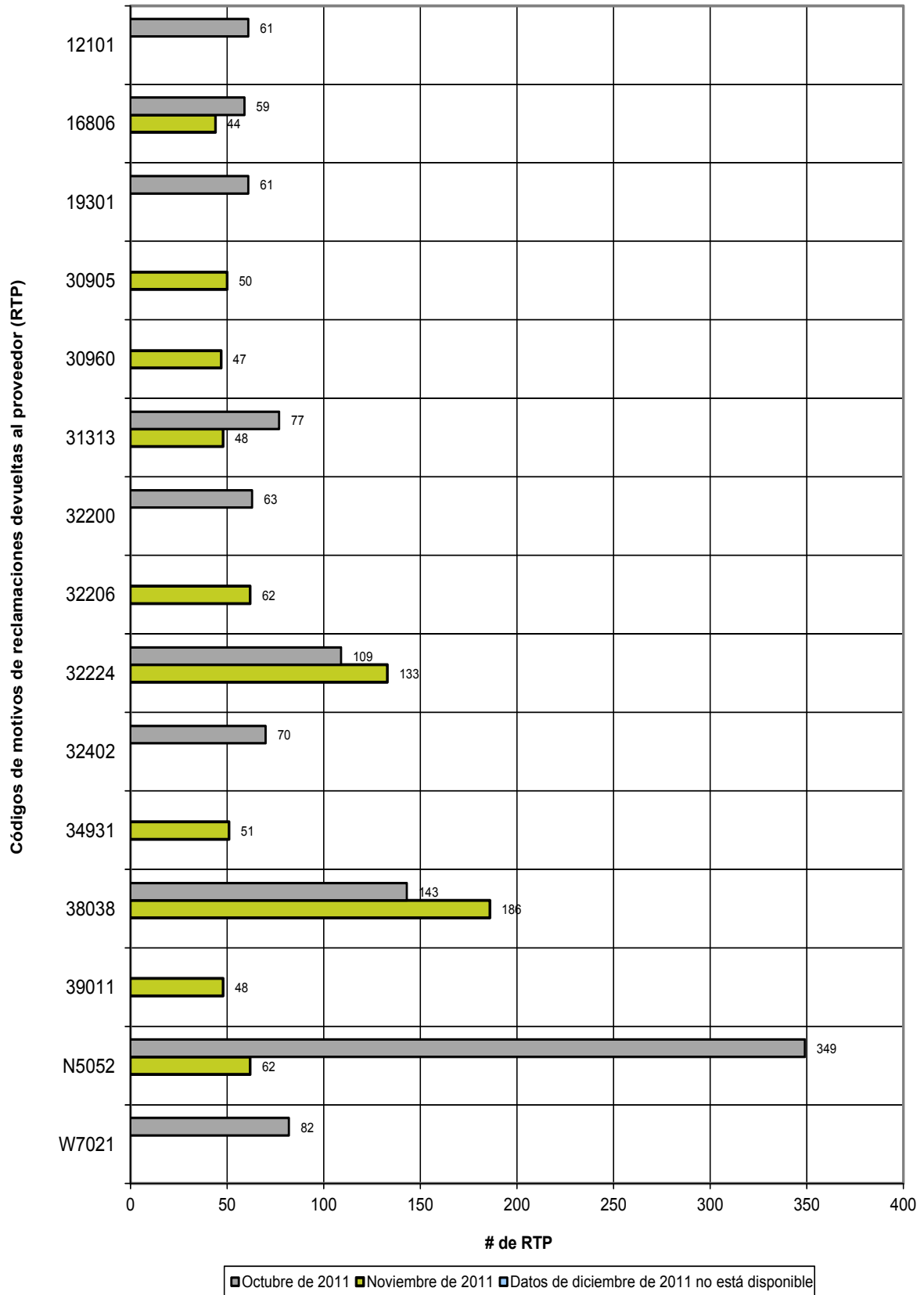
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

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



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD Existentesl

AJ9263: Oxaliplatin (Eloxatin®)	43
AJ9055: Cetuximab (Erbix®)	43

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

AJ9263: Oxaliplatin (Eloxatin®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28942 (Florida)

Identificador de LCD: L28963 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para oxaliplatin (Eloxatin®) fue revisada por última vez el 19 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity” de la LCD para incluir la indicación sin etiqueta de linfoma de no Hodgkin reincidido o refractario, incluyendo linfoma difundido de célula B grande cuando es usado con otros regímenes de quimioterapia sustentado por compendios aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) o los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, el rango de código diagnóstico 202.80-202.88 fue añadido. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 25 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.

AJ9055: Cetuximab (Erbix®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28802 (Florida)

Identificador de LCD: L28804 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cetuximab (Erbix®) fue revisada por última vez el 24 de febrero de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para incluir la nueva indicación con etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA):

- Enfermedad recurrente locorregional o carcinoma de célula escamosa metastática de la cabeza y cuello en combinación con la terapia basada en platino con 5-FU.

Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los códigos diagnósticos 173.12, 173.22, 173.32, y 173.42 fueron añadidos. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 8 de febrero de 2012**, para los servicios provistos **a partir del 7 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD. Para 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.

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 FCSO (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 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 de 2011 a septiembre de 2012.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims

Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Centro de Cirugía Ambulatoria

Actualización de enero de 2012 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM7682 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7682
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2011
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2378CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7682, la cual describe cambios a, e instrucciones de facturación para políticas de pago implementadas en la actualización de enero de 2012 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatorio (ASC).

Varios códigos nuevos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) han sido creados para reportar medicamentos y productos biológicos en el ajuste de ASC, en los que no ha habido previamente códigos específicos disponibles.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7682.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7682, 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/R2378CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2378, CR 7682

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

Hoja informativa revisada ‘Ambulatory Surgical Center Fee Schedule’

La hoja informativa “*Ambulatory Surgical Center Fee Schedule*” (ICN 006819) ha sido revisada y está ahora disponible en formato descargable. Esta incluye información sobre la definición de ambulatory surgical center fee schedule (ASC), pago de ASC, cómo son determinadas las tarifas de pago y la calidad del cuidado de la salud.

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 201201-42

¿Confundido sobre 5010?

Podemos ayudar a remover el misterio...

Vea nuestra [búsqueda de código de denegación 5010](#)

Inscripción del Proveedor

Procedimientos de inscripción para acreditación de imagen diagnóstica avanzada – anulado

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

Resumen

Este artículo fue anulado el 17 de enero de 2012, ya que la petición de cambio (CR) 7177 fue anulada y reemplazada por CR 7681 el 13 de enero de 2012. Vea el nuevo artículo en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7681.pdf>.

Información adicional

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

Procedimientos de inscripción para acreditación de imagen diagnóstica avanzada

Número de *MLN Matters*: MM7681
Número de petición de cambio relacionado: 7681
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de enero de 2012
Fecha de efectividad: 27 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R402PI
Fecha de implementación: 27 de enero de 2012

Resumen

La petición de cambio relacionada (CR) 7681 cambia el requisito anterior (CR 7177) que requería a los proveedores/suplidores de imagen diagnóstica avanzada (ADI) proveer su información de acreditación completando una solicitud basada en la Internet del sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS) o una solicitud CMS-855.

Los proveedores/suplidores ya no tienen que completar la información de ADI en PECOS basado en la Internet o en un formulario(s) CMS-855. En vez, Medicare y sus contratistas recibirán esta información directamente de las organizaciones acreditadoras.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7681.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7681, 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/R402PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 402, CR 7681

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

Recordatorio: Requisitos de acreditación para el componente técnico de imagen diagnóstica avanzada efectivo el 1 de enero

Suplidores del componente técnico de imagen diagnóstica avanzada, facturando con fecha de servicio a partir del 1 de enero, deben tener evidencia de una fecha de acreditación activa para imagen diagnóstica de códigos de *Current Procedural Terminology*[®] (CPT) unido a una reclamación por imagen de resonancia magnética, tomografía computadorizada y medicina nuclear. Las reclamaciones de componentes profesionales no son afectadas por los requisitos de acreditación y deben ser procesados como de costumbre.

Para información adicional sobre procesamiento de reclamaciones refiérase a la Transmisión 380, <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R380PI.pdf> o al *MLN Matters*[®] MM7177, <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7177.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 201112-60

Información General

Recordatorio de la iniciativa de no enviar

Como parte de la iniciativa *Do Not Forward* (no enviar, DNF), los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han dado instrucciones a los contratistas en sentido de utilizar sobres de “return service requested (se requiere retorno)” para toda la correspondencia de aviso de remesa.

Esta exigencia es para los avisos de remesa y cheques enviados al proveedor de Medicare. Cuando un aviso de remesa o cheque enviado al proveedor es devuelto al contratista debido a “return service requested” ocurrirá lo siguiente:

- El contratista marcará el número del proveedor como DNF.
- Se notificará a Inscripciones, del nuevo estatus del proveedor.
- El contratista suspenderá el envío de avisos de remesa y cheques al proveedor.
- Se suspenderá la transferencia electrónica de fondos.

La marca DNF será quitada, solamente después de que se haya verificado y actualizado todas las direcciones del proveedor, no solamente la dirección de pago, sino que también todas las direcciones de “localidad del proveedor”. Es importante que los proveedores comuniquen de inmediato a Medicare cualquier cambio de dirección, utilizando el formulario CMS-855I de Medicare Enrollment Application, para proveedores individuales y el formulario CMS-855B de Medicare Enrollment Application para grupos y organizaciones.

Una vez que sea quitada la marca DNF, el contratista:

- Pagará todos los fondos retenidos por DNF
- Volverá a emitir cualquier aviso de remesa retenido por DNF.

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

Fuente: Publicación 100-04, Capítulo 22, Sección 50.1 (DNF)

Expandiendo el MPPR para incluir el componente profesional

Número de *MLN Matters*: MM7442

Número de petición de cambio relacionado: 7442

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R995OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

La reducción de pago de procedimiento múltiple (multiple procedure payment reduction, MPPR) en imagen diagnóstica aplica cuando múltiples servicios son prestados por el mismo doctor al mismo paciente en la misma sesión en el mismo día. Actualmente, el MPPR en los servicios de imagen diagnóstica aplica solamente a los servicios de componente técnico.

Continúa en la página siguiente

Expandiendo...(Continuación)

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están expandiendo el MPPR para incluir el componente profesional en adición al componente técnico de ciertos procedimientos de imagen diagnóstica.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7442.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7442, 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/R995OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 995, CR 7442

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 trimestral de abril para las ediciones de las iniciativas de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM7726

Número de petición de cambio relacionado: 7726

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de enero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2384CP

Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7726, la cual les recuerda a los médicos sobre la actualización trimestral para las ediciones de las iniciativas de codificación correcta (CCI). La última publicación trimestral del módulo de edición fue emitido en enero de 2012.

El paquete de ediciones de CCI más reciente, versión 18.1, es efectivo el 1 de abril de 2012, e incluye todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1

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

de enero de 1996, hasta el presente.

Información adicional sobre CCI, incluyendo el CCI actual y ediciones del código mutuamente exclusivo (MEC), está disponible en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7726.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7726, 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/R2384CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2384, CR 7726

Recordatorio: Descontinuado el reporte de comentarios de ajuste de pago del programa de incentivo eRx 2012

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) desean notificar a los proveedores que debido al alto volumen de solicitudes significantes de exención de dificultades recibidas, ya no es técnicamente viable para los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) proveer un reporte de comentarios de ajuste de pago del programa de incentivo de prescripción médica electrónica (eRx) 2012 como fue la intención original.

Mientras que CMS continua explorando medios alternos para notificar a los profesionales elegibles que están sujetos al ajuste de pago eRx 2012, CMS urge a los proveedores a revisar sus remesas de pago para las reclamaciones enviadas para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012.

Los profesionales elegibles y los grupos de práctica (GPRO) participantes en el eRx GPRO que reciben el ajuste de pago eRx 2012 verán el término "LE" en su remesa de pago para todos los servicios de Medicare Parte B prestados el 1 de enero-31 de diciembre de 2012.

Continúa en la página siguiente

Recordatorio...(Continuación)

La remesa de pago también contendrá el siguiente código de denegación de reclamación (CARC) y código de comentarios de remesa de pago (RARC)

- *CARC 237: Legislated/Regulatory Penalty. At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the NCPDP Reject Reason Code, or Remittance Advice Remark Code that is not an ALERT).*
- *RARC N545: Payment reduced based on status as an unsuccessful e-prescriber per the Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program.*

Si un profesional elegible o práctica de grupo que participó en el eRx GPRO recibe el ajuste de pago en error (e.g., el profesional elegible o práctica de grupo envió una solicitud de exención por dificultades que es últimamente aprobada por CMS), la reclamación será reprocesada para devolver el 1.0 por ciento. La remesa de pago para la reclamación reprocesada incluirá los siguientes códigos y mensajes:

- *CARC 237: Legislated/Regulatory Penalty. At least one remark code must be provided (may be comprised of either the NCPDP reject reason code, or remittance Advice Remark Code that is not an ALERT).*
- *RARC N546: Payment represents a previous reduction based on the Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program.*

Para más información sobre cómo el ajuste de pago 2012 eRx será evaluado y aplicado, refiérase al [MLN Matters article SE1141](#) para información adicional. O siéntase en la libertad de visitar la página Web del Programa de Incentivo eRx en <http://www.cms.gov/erx incentive>.

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

Fuente: CMS PERL 201112-46

Disponibles los productos educacionales 2012 Physician Quality Reporting System

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la publicación de los productos educacionales 2012 Physician Quality Reporting System en <http://www.cms.gov/PQRS>.

Para acceder los productos educacionales de 2012 Physician Quality Reporting System, visite la página Spotlight en http://www.cms.gov/PQRI/02_Spotlight.asp para el listado de productos educacionales y la página de sección correspondiente donde pueden ser encontrados.

- 2012 Physician Quality Reporting System Measures List – este documento identifica y explica las medidas usadas en Physician Quality Reporting, incluyendo información sobre las opciones/métodos de reporte, y mide a los desarrolladores y su contacto. **Tenga en cuenta que este documento fue actualizado y vuelto a publicar el 5 de enero de 2012.
- 2012 Physician Quality Reporting System Quality-Data Code (QDC) Categories – Una tabla que describe, para cada medida, cada QDC que debe ser reportado para una acción de calidad correspondiente realizada por el profesional individual elegible como se advierte en la especificación de medidas. Esto determina cómo cada código será usado cuando se calcula los índices de desempeño. Esto también clarifica esas medidas que requieren dos o más QDS para reportar satisfactoriamente. Reportar insuficientemente los QDC (como es especificado en el 2012 Physician Quality Reporting System Measure Specifications Manual) resultará en un reporte inválido.

- 2012 Physician Quality Reporting System Single Source Code Master – este archivo incluye un listado numérico de todos los códigos incluidos en el 2012 Physician Quality Reporting para incorporación en el software de facturación.



- 2012 Physician Quality Reporting System Measure Specifications Manual for Claims and Registry Reporting of Individual Measures – las especificaciones de medida 2012 incluyen códigos e instrucciones de reporte para las medidas 210 Physician Quality Reporting System para las reclamaciones y/o reporte basado en registro. **Tenga en cuenta que este documento fue revisado y vuelto a publicar el 5 de enero de 2012.
- 2012 Physician Quality Reporting System Measure Specification Release Notes – describe los cambios del 2011 Physician Quality Reporting System Measure Specifications Manual en la forma de Release Notes. **Tenga en cuenta que este documento fue revisado y vuelto a publicar el 5 de enero de 2012.

Continúa en la página siguiente

Disponibles...(Continuación)

- 2012 Physician Quality Reporting System Implementation Guide – provee una guía sobre cómo seleccionar las medidas para reportar, cómo leer y entender una medida, y describe las opciones de reporte disponibles para el 2012 Physician Quality Reporting System. La Guía de Implementación también detalla cómo implementar el reporte basado en reclamaciones para facilitar satisfactoriamente el reporte de los códigos de calidad por los profesionales elegibles.
- 2012 Physician Quality Reporting System Measures Groups Specifications Manual – las medidas de especificación de grupo son diferentes de aquellas medidas individuales que forman el grupo. Por lo tanto, las especificaciones e instrucciones para el reporte de las medidas de grupo son provistas en un manual separado. Las especificaciones de grupos de medidas 2012 incluyen los códigos e instrucciones de reporte para los grupos de medidas 2012 Physician Quality Reporting System para las reclamaciones o reporte basado en registro.
- 2012 Physician Quality Reporting Measures Groups Release Notes – este documento describe los cambios del 2011 Physician Quality Reporting System Measures Groups Specifications Manual en la forma de notas publicadas.
- Getting Started with 2012 Physician Quality Reporting System of Measures Groups – provee una guía sobre implementar los grupos de medidas 2012 Physician Quality Reporting System.
- 2012 Physician Quality Reporting Measures Groups Single Source Code Master – este archivo incluye un listado numérico de todos los códigos incluidos en el 2012 Physician Quality Reporting System Measures Groups para incorporación en el software de facturación.
- 2012 Physician Quality Reporting System Measure-Applicability Validation Process for Claims-Based Reporting of Individual Measures – provee una guía para aquellos profesionales elegibles que satisfactoriamente envían los códigos de datos de calidad para menos de tres medidas Physician Quality Reporting, y cómo el proceso de validación de aplicabilidad de la medida determinará si deben haber enviado los QDC para medidas adicionales.
- 2012 Physician Quality Reporting Measure-Applicability Validation Process Release Notes – las notas publicadas para los cambios que ocurren para el 2012 Physician Quality Reporting Measure-Applicability Validation Process (MAV).
- 2012 Physician Quality Reporting System Measure-Applicability Validation Process Flow – una gráfica que muestra Measure-Applicability Validation Process (MAV).
- Group Practice Reporting Option (GPRO) Requirements for Submission of 2012 Physician Quality Reporting System Data – provee una guía sobre cómo una práctica de grupo de sobre 25 profesionales elegibles pueden auto nominarse para participar en el GPRO para el envío de datos 2012.
- 2012 Physician Quality Reporting System Group Practice Reporting Option (GPRO) Measures List – un documento que contiene una lista de medidas 2012 Physician Quality Reporting GPRO.
- 2012 Physician Quality Reporting GPRO Narrative Measure Specifications and Release Notes – este documento contiene descripciones de las medidas y cambios 2012 Physician Quality Reporting GPRO en el programa desde el año de reporte 2011.
- 2012 EHR Direct Vendor Qualification Requirements – provee una guía sobre cómo EHR Direct Vendors pueden auto nominarse y calificar para enviar datos de medidas Physician Quality Reporting System 2012.
- 2012 EHR Data Submission Vendor Qualification Requirements – provee una guía sobre cómo los vendedores que envía datos EHR pueden auto nominarse y calificar para enviar los datos de medidas Physician Quality Reporting System para el 2012.
- 2012 EHR Documents for Eligible Professionals – este archivo comprimido contiene lo siguiente:
 - 2012 Physician Quality Reporting System EHR Measure Specifications – la descripción detallada de los nombres de elementos de datos y códigos relacionados a cada medida de calidad 51 2012 Physician Quality Reporting System disponible para envío electrónico.
 - 2012 Physician Quality Reporting System Physician Quality Reporting System EHR Measure Specifications – Release Notes – las notas publicadas correspondientes para las especificaciones de medida EHR 2012.
- 2012 EHR Downloadable Resource Table
- 2012 EHR Downloadable Resource Table – Release Notes
- 2012 EHR Documents for Vendors – este archivo comprimido contiene lo siguiente:
 - Data Submission Specifications Utilizing HL7 QRDA Implementation Guide Based on HL7 CDA Release 2.0
 - Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA – Release Notes – las notas

Continúa en la página siguiente

Disponibles...(Continuación)

publicadas para Data Submission Specifications Utilizing HL7 Quality Reporting Document Architecture Based on HL7 CDA Release 2.0

- 2012 EHR Downloadable Resource Table
- 2012 EHR Downloadable Resource Table – Release Notes
- Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA Header Errors and Edits
- Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA Body Errors and Edits
- 2012 CMS EHR QRDA Data Submission Specifications and Errors Edits Release Notes

Para acceder los productos educacionales 2012 Physician Quality Reporting System, visite la página de Spotlight en http://www.cms.gov/PQRI/02_Spotlight.asp para el listado de productos educacionales y la página de sección correspondiente donde pueden ser encontrados.

Información adicional sobre 2012 Physician Quality Reporting System puede encontrarse en la regla final de 2012 Medicare physician fee schedule con periodo de comentario que fue publicado en el Federal Register el 28 de noviembre de 2011.

La regla final puede encontrarse en http://www.cms.gov/PQRS/05_StatuteRegulationsProgramInstructions.asp en la página Web de Physician Quality Reporting System 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 201201-09

Extensión de moratoria para laboratorios independientes facturando el componente técnico para pacientes de hospital

El viernes, 23 de diciembre, el Presidente Obama convirtió en ley el Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act del 2011 (TPTCCA). Esta nueva legislación contiene un número de provisiones de Medicare las cuales cambian o amplían las políticas del Medicare fee-for-service. En estas provisiones está incluida una extensión de una moratoria que permite a ciertos profesionales de la salud y suplidores (como laboratorios independientes y patológicos) facturar por el componente técnico (TC) de servicios de patología médica prestados a pacientes de hospital hasta el miércoles, 29 de febrero.

Bajo ley previa, incluyendo, la más reciente, Sección 105 del Medicare & Medicaid Extenders Act de 2010, una moratoria legal permitió a ciertos patólogos y laboratorios independientes que cumplen con criterios específicos facturar a un transportista o un contratista administrativo de Medicare A/B para el TC de los servicios de patología médica prestada a pacientes de hospital. Esta moratoria vencía el sábado, 31 de diciembre. Sin embargo, la Sección 305 del TPTCCA extiende esa moratoria comenzando el domingo, 1 de enero hasta el miércoles, 29 de febrero. Por lo tanto, patólogos cualificados y laboratorios independientes que proveen el TC de servicios patológicos prestados a pacientes de hospitales puede continuar facturando y recibir pagos de Medicare por estos servicios. Esta política es efectiva para reclamaciones con fechas de servicio de domingo, 1 de enero hasta el miércoles, 29 de febrero.

Para información de política e historial sobre pago a laboratorios independientes por el TC de servicios de patología médica prestados a pacientes de hospitales, refiérase a la petición de cambio (CR) 5347, [Transmisión 1221](#), emitida el miércoles, 18 de abril de 2007, y CR 5943, [Transmisión 1440](#), emitido el jueves, 7 de febrero de 2008.

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 201201-17

Presentación de diapositivas en video de la teleconferencia nacional del 8 de noviembre disponible

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha publicado una presentación de diapositivas en video de YouTube de la conferencia nacional del 8 de noviembre “Resumen de tarifas fijas de Medicare para médicos para manejar el Programa de incentivo de receta electrónica y el Sistema de reporte de calidad médica del 2012.”

Presentación de diapositivas en video de YouTube

¿Se perdió la conferencia del programa de incentivo de receta electrónica y el Sistema de reporte de calidad médica del 8 de noviembre? La presentación de la conferencia está ahora disponible en el [CMS YouTube channel](#) como diapositivas en video que incluye el audio de la conferencia con subtítulos.

Disponible 24/7, presentaciones en video de YouTube hacen el aprendizaje sobre el Sistema de reporte de calidad médica y el programa de incentivo de receta electrónica fácil y conveniente. Verifíquelos hoy.

Para información adicional del programa y productos educacionales disponibles en ambos programas visite [Physician Quality Reporting System y e-prescribing incentive 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 201201-19

¿Confundido sobre 5010?

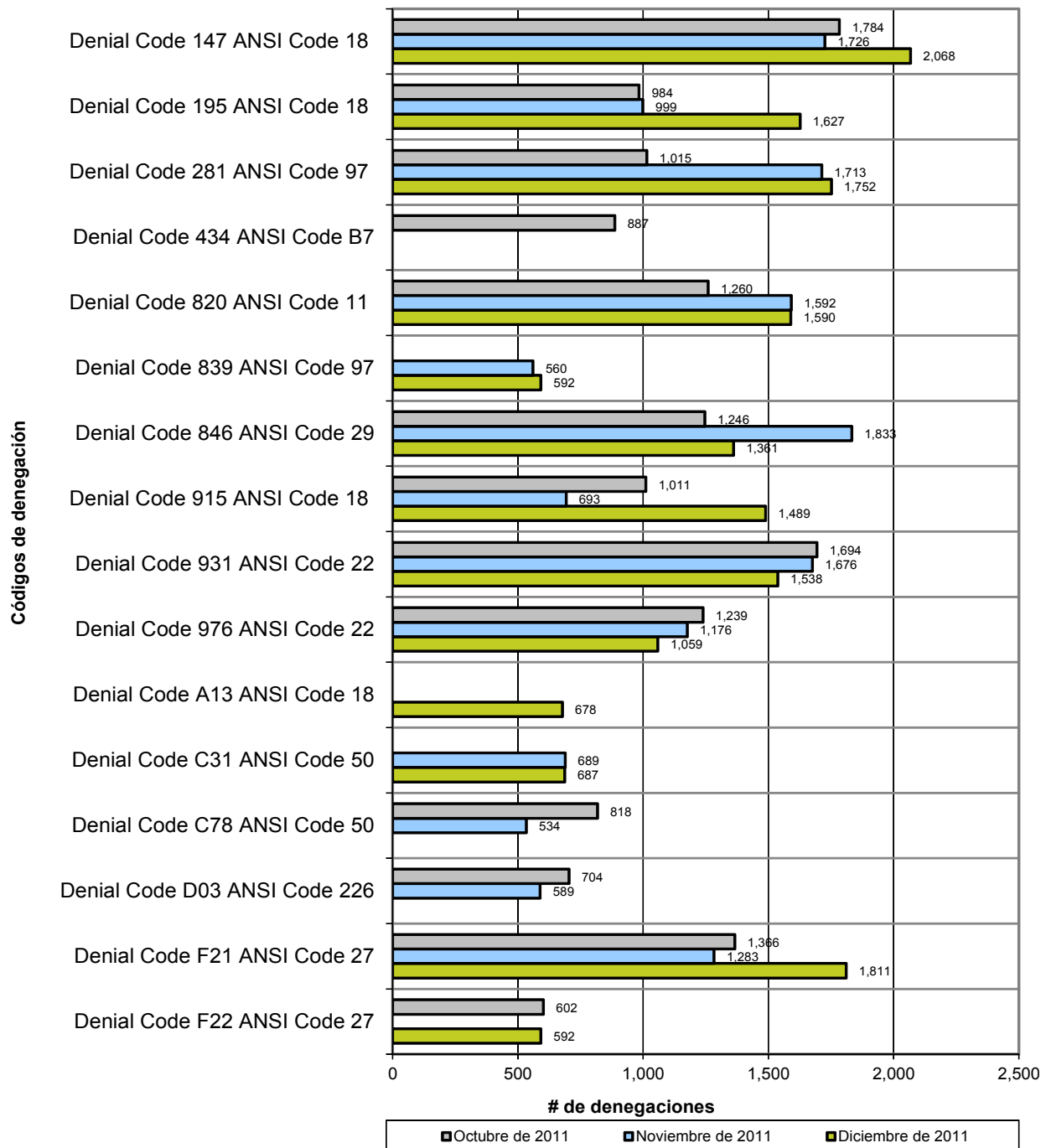
Podemos ayudar a remover el misterio...

Vea nuestra [búsqueda de código de denegación 5010](#)

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

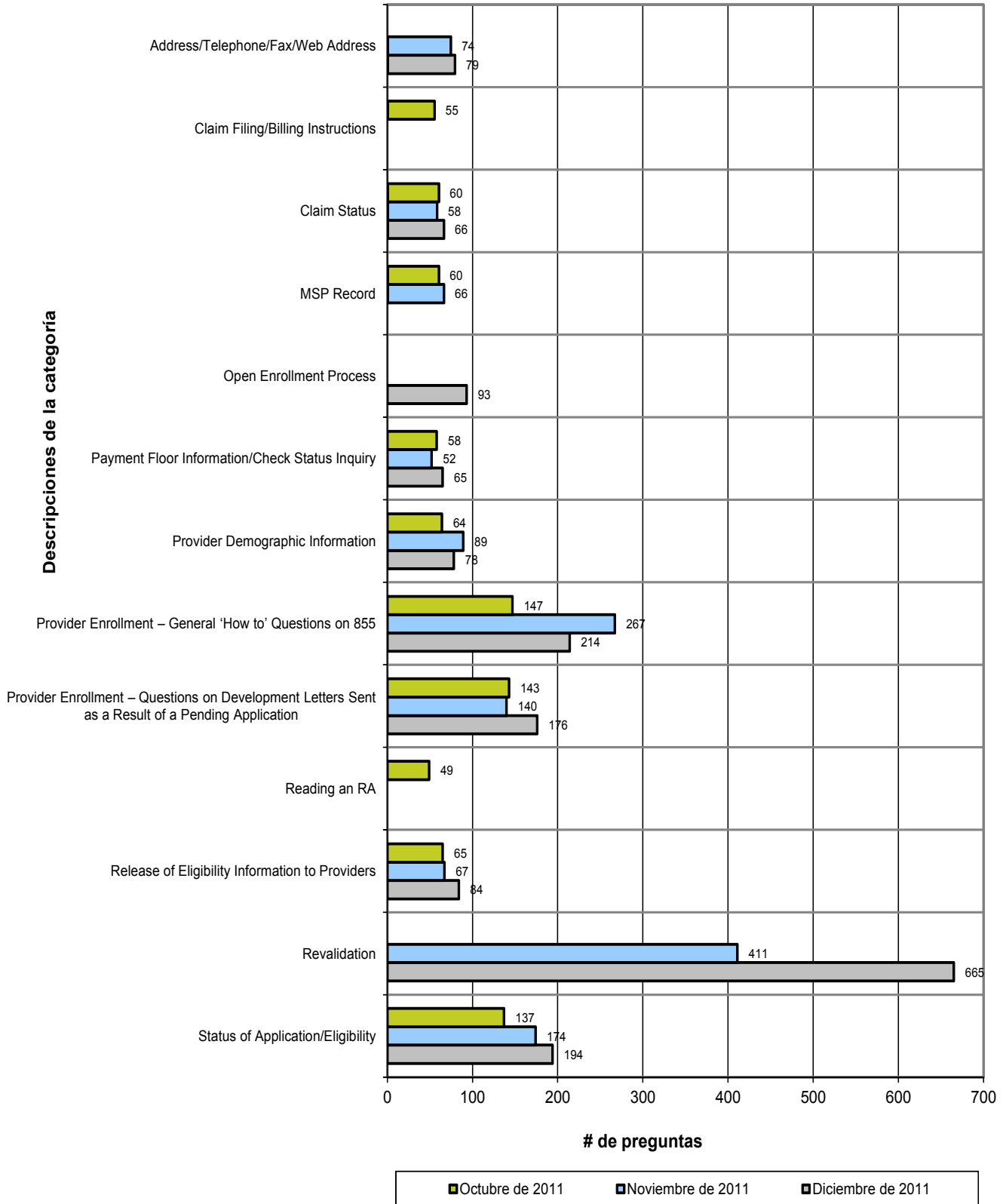
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de octubre – diciembre de 2011. Para consejos y recursos 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 octubre-diciembre de 2011



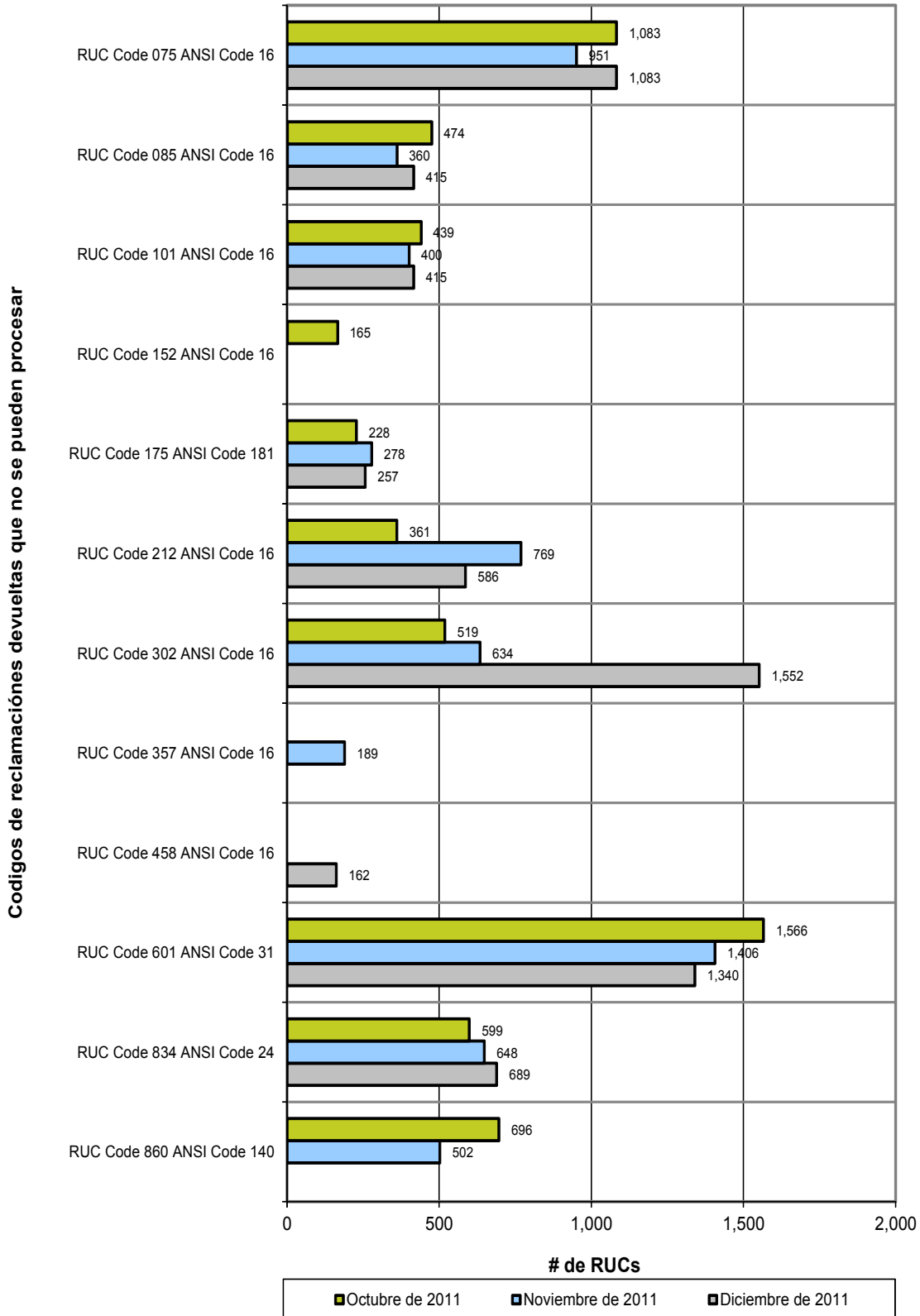
Gráficos...(Continuación)

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



Gráficos...(Continuación)

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



Determinaciones locales de cobertura

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

J9263: Oxaliplatin (Eloxatin®)	58
J9055: Cetuximab (Erbix®)	58

Información Médica Adicional

Requisitos de cobertura para la colección de espécimen y cuota máxima permitida de viaje	59
--	----

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

J9263: Oxaliplatin (Eloxatin®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29248 (Florida)

Identificador de LCD: L29459 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para oxaliplatin (Eloxatin®) fue revisada por última vez el 16 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity” de la LCD para incluir la indicación sin etiqueta de linfoma de no Hodgkin reincidido o refractario, incluyendo linfoma difundido de célula B grande cuando es usado con otros regímenes de quimioterapia sustentado por compendios aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) o los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, el rango de código diagnóstico 202.80-202.88 fue añadido. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 13 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.

J9055: Cetuximab (Erbix®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29097 (Florida)

Identificador de LCD: L29112 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cetuximab (Erbix®) fue revisada por última vez el 21 de febrero de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para incluir la nueva indicación con etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA):

- Enfermedad recurrente locorregional o carcinoma de célula escamosa metastática de la cabeza y cuello en combinación con la terapia basada en platino con 5-FU.

Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los códigos diagnósticos 173.12, 173.22, 173.32, y 173.42 fueron añadidos. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 27 de enero de 2012**, para los servicios provistos **a partir del 7 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD. Para 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.

Información Médica Adicional

Requisitos de cobertura para la colección de espécimen y cuota máxima permitida de viaje

Basado en lenguaje en el *Medicare Claims Processing Manual*, Publicación 100-04, Capítulo 16, Sección 60.1, cuota máxima permitida de viaje (P9603, P9604) y colección de espécimen (P9612, P9615, 36415) no son un beneficio de Medicare a menos que esté relacionado para obtener el espécimen para un servicio cubierto de laboratorio.

Efectivo para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de enero de 2012**, First Coast Service Options Inc. implementó la edición para denegar los siguientes códigos *CPT/HCPCS* cuando una prueba de laboratorio es denegada y ningún otro código de laboratorio es pagado en la misma fecha de servicio o si ninguna prueba(s) de laboratorio es facturada en la misma fecha de servicio.

Código	Descripción
P9603	Cuota máxima permitida de viaje en una sola dirección en conexión con la colección del espécimen de laboratorio médicamente necesario extraído del hogar o centro de enfermería donde se encuentra el paciente; prorrateado millas actualmente viajadas
P9604	Cuota máxima permitida de viaje en una sola dirección en conexión con la colección del espécimen de laboratorio médicamente necesario extraído del hogar o centro de enfermería donde se encuentra el paciente; cargo de viaje prorrateado
P9612	Cateterización para la colección de espécimen, un solo paciente, todos los lugares de servicio
P9615	Cateterización para la colección de espécimen(s) [múltiples pacientes]
36415	<i>Collection of venous blood by venipuncture</i> (Colección de sangre en la vena por venopunción)

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 2012 – 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 29 de febrero de 2012, 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 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 Parte B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [<input type="checkbox"/>] Español [<input type="checkbox"/>]				
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 "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 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