

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Febrero 2012



## Características

Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales .....	31
Información para proveedores de la Parte A.....	32
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	45
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	46
Información para proveedores de la Parte B.....	47
Determinaciones locales de cobertura de Parte B....	57
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	59
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	60

## Anuncios del Affordable Care Act

### Care Innovation Summit fortalece el Affordable Care Act; destaca las innovaciones privadas y públicas para mejorar la calidad de la atención médica y reducir los costos

Los oficiales de la administración Obama y una amplitud de representativos en todo el sistema de la atención médica se reunieron en Washington el jueves, 26 de enero de 2012, para una reunión de un día para explorar cómo puede colaborar y mejorar la calidad de la atención médica mientras a la misma vez se reducen los costos.

La Administración Obama también publicó un nuevo reporte destacando el éxito de Center for Medicare & Medicaid Innovation. Creado por el Affordable Care Act, el Innovation Center ya ha trabajado para probar y ayudar los nuevos modelos innovadores de la atención médica que pueden reducir los costos y fortalecer la calidad de la atención médica. El reporte de año en revisión del Innovation Center de CMS está disponible en [http://www.Innovation.CMS.gov/documents/pdf/CMMIreport\\_508.pdf](http://www.Innovation.CMS.gov/documents/pdf/CMMIreport_508.pdf).

La reunión mostró cerca de media docena de anuncios de nuevas iniciativas mayores al llevar a las organizaciones de la atención médica, incluyendo nuevos “retos” para revertir la tendencia de la diabetes, avanzar el campo de la prevención y tratamiento del Alzheimer, y reforzar la batalla contra el HIV/AIDS. Para más información sobre el Care Innovation Summit, visite <http://www.Innovation.CMS.gov/summit>.

El texto completo de este extracto del comunicado de prensa del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) (emitido el jueves, 26 de enero) puede encontrarse en <http://www.HHS.gov/news/press/2012pres/01/20120126a.html>.

### Affordable Care Act ahorrará a los estados y los contribuyentes \$17.7 billones en medicamentos por prescripción; recortes de los costos de la regla propuesta y transparencia en los incrementos en el precio de medicamentos por prescripción de Medicaid

Las provisiones en la ley de reforma de la atención médica, el Affordable Care Act, ahorrarán a los contribuyentes y los estados un estimado de \$17.7 billones sobre cinco años en medicamentos por prescripción comprados a través de Medicaid, de acuerdo a estimados en una regla propuesta

Continúa en la página 7



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

**Sobre esta publicación** .....3  
 Actualización trimestral para proveedores .....4

**Partes A y B**  
**Facturación**  
 Recuperación de sobrepagos .....5  
 Prohibición de auto referencia médica .....5  
 Actualización precio ventas promedio .....6  
 Nuevos materiales de educación .....6  
 Extensión fecha límite para la ronda 2 .....7  
 Para proteger el dinero de contribuyentes .....8  
 Análisis de programa licitación competitiva .....9

**EHR**  
 Apelación programas de incentivo de EHR .....9  
 Programa de incentivo registro de salud .....10  
 Registros electrónicos de salud .....11  
 Nueva página Web sobre las CQM .....13

**Tarifa fija**  
 Políticas de la regla final del CY 2012 .....13

**HIPAA**  
 Cambios requeridos para el FFS .....14  
 Numeración única para elementos de data  
 claves en reclamaciones 837 .....14  
 Preparándose para la versión 5010 .....15  
 Actualización de implementación de HIPAA .....15  
 ASC X12 en contra de la versión 6020 .....16  
 Solución de la edición 496 .....16

**Hospital**  
 La licitación abierta para la ronda 2 .....17

**ICD-10**  
 HHS anuncia retrasar la fecha de conformidad  
 de ICD-10 .....18

**Información General**  
 2012 Medicare Part B Directory .....19  
 Requisitos de inscripción adicionales para  
 operadores de ambulancia .....19  
 'Errata Sheet to the Fourth Edition' .....19  
 Evaluación para STI y consejería .....20  
 Actualización de categoría de estatus de  
 reclamación .....20  
 Terapia conductual para obesidad .....21  
 'Guidelines for teaching physicians' .....21  
 'Clinical laboratory fee schedule' .....21  
 Elegibilidad para el pago de bono HPSA .....22  
 Autorización previa de demostración de  
 dispositivos eléctricos de movilidad .....22  
 'Transcatheter aortic valve replacement' .....23  
 Pagos de proveedores deben ser por  
 transferencia electrónica .....23  
 Febrero es el Mes Nacional del Corazón .....24  
 Recursos programa de incentivo de eRx .....25  
 La nueva 'información rápida' de MLN .....25  
 El rol de los contratistas de integridad .....25  
 Programa de exposición al proveedor .....26  
 Mejoras al sistema de inscripción en línea .....26  
 Reportes sobre acceso para prevenir servicios  
 bajo el Affordable Care Act .....27  
 Prevención del fraude .....27  
 Consejos de búsqueda de artículos del MLN  
 Matters .....28  
 Se aproxima PWK .....29  
 Actualizando información del beneficiario .....29  
 Tobacco-Use Cessation Counseling .....30

**Recursos Educativos**  
 Próximos eventos educativos .....31

## Parte A

Nuevas mejoras del sistema permite coleccionar el  
 NPI del médico .....32  
 Edición revisada código de administración  
 G0010 .....32  
 Actualización a códigos de aborto .....33  
 Inclusión de ICD-10 del tipo de factura 33x .....33  
 Actualización de PPS pacientes externos .....34  
 Actualización al Medicare Claims Processing  
 Manual .....34  
 Actualizaciones a la lista de códigos exentos de  
 reportar POA del FY 2012 .....35  
 MPPR para ciertos procedimientos .....35  
 Preservación de posiciones limitadas de  
 residencia de hospitales cerrados .....36  
 Actualización del archivo de PPS .....36  
 CMS da a los consumidores más detalles .....36  
 Nuevo PEPPER a corto plazo .....37  
 Critical Access Hospital .....37  
 Actualizaciones del PPS PC Pricer .....37  
 Actualización del PPS para el centro psiquiátrico  
 hospitalario FY 2012 .....37  
 Presentación del código de ocurrencia 16 .....38  
 Actualización del PPS de SNF hospitalaria .....38  
 Aumento de tarifas de pago clínicas rurales .....39  
 Actualización - facturación 'sin pago' .....39  
 Actualización de sistema - reporte del NPI que  
 presta servicios para el PCIP .....40  
 Actualización al PCIP para hospitales de  
 acceso crítico .....40  
 Swing bed services .....41  
 Actualización de archivo de PPS de  
 rehabilitación hospitalaria .....41

**Gráficos**  
 Datos de procesamiento de reclamación .....42

**Ordenar materiales de Parte A** .....45

**Contactos Parte A de Puerto Rico** .....46

**Parte B**  
 Actualizaciones: programa comentarios .....47  
 Actualizaciones physician compare .....47  
 Actualización del PQRS .....48  
 Nuevos recursos educativos PQRS .....48  
 PQRS - principios de reporte y codificación .....49  
 Instrucciones de codificación revisada .....50  
 Inscripción para acreditación de ADI .....50  
 Pruebas con dispensa .....51  
 Interacción del MPPR en procedimientos de  
 imagen .....51  
 Reporte de facturación comparativo .....52  
 Se necesitan médicos voluntarios .....52  
 Reprocesamiento de reclamaciones ADI .....52  
 Programa de incentivo eRx 2012 .....53  
 Solo un receptor de ERA por NPI .....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** .....59

**Contactos Parte B de Puerto Rico** .....60

## Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 2  
 Febrero 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.*

## Sobre Esta Publicación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

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

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

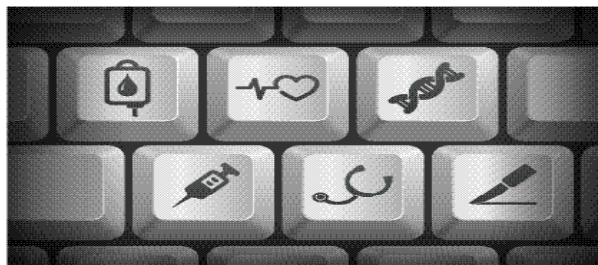
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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

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

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

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



## Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

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

### Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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



## Facturación

### Recuperación inmediata para sobrepagos de reclamaciones por servicios de tarifa fija

Número de *MLN Matters*: MM7688 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7688  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de febrero de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R205FM  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7688 implementa un proceso estándar de “recuperación inmediata” que ofrece a los proveedores la opción de evitar la acumulación de intereses en sobrepagos de reclamaciones cuando la deuda es recuperada completamente en o antes del día 30 a partir de la fecha de la carta de demanda inicial.

El proceso de recuperación inmediata permite a los proveedores solicitar que la recuperación comience antes del día 41. Los proveedores que elijan esta opción pueden evitar pagar interés si el sobrepago es recuperado completamente antes del día 31.

Una recuperación inmediata es considerada un repago voluntario. Los proveedores que escojan la recuperación inmediata deben hacerlo por escrito y pueden cancelar el proceso de recuperación inmediata en cualquier momento.

**Nota:** Si hay un balance principal restante después de la recuperación inmediata inicial, los contratistas continuarán la recuperación y otras actividades de colección. En adición, si usted actualmente tiene un arreglo de recuperación inmediato, usted debe enviar una nueva solicitud para continuar el proceso de recuperación inmediato.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7688.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7688, 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/R205FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 205, CR 7688

**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.

---

### Prohibición de auto-referencia médica: Información adicional sobre el proceso de excepción para hospitales que son propiedad de médicos

Como recordatorio, la regla final del sistema de pago prospectivo para pacientes externos (OPPS) que fue publicada el miércoles, 30 de noviembre de 2011, estableció que para un hospital propiedad de médicos recibir una excepción a la prohibición de expansión de las facilidades, debe satisfacer los criterios de elegibilidad para cualificar como un “hospital aplicable” o “alta institución de Medicaid.”

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid ha publicado dirección adicional en [http://www.CMS.gov/PhysicianSelfReferral/85\\_Physician\\_Owned\\_Hospitals.asp](http://www.CMS.gov/PhysicianSelfReferral/85_Physician_Owned_Hospitals.asp) que manejará el proceso para acceder la información, así como también proveer ejemplos de computaciones para determinar si un hospital satisface los criterios respectivos. Preguntas relacionadas a este problema pueden ser enviadas por correo electrónico a [POHexceptions@cms.hhs.gov](mailto:POHexceptions@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 201202-02

## Actualización y revisiones del precio de ventas promedio trimestral de abril 2012 para archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM7734  
 Número de petición de cambio relacionado: 7734  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2396CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012



### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7734, la cual instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar el archivo de precio de venta promedio (ASP) de medicamentos de abril 2012 para medicamentos de la Parte B de Medicare, y, si es publicado por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos revisados de enero 2012, octubre 2011, julio 2011 y abril 2011.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago para reclamaciones para medicamentos de la Parte B de Medicare pagados por separado procesado o reprocesado a partir del 2 de abril de 2012, con fechas de servicio del 1 de abril de 2012, hasta el 30 de junio de 2012. Los contratistas no buscarán y ajustarán las reclamaciones que hayan sido procesadas a menos de que sean traídas a su conocimiento.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7734.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7734, 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/R2396CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2396, CR 7734

**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: Nuevos materiales de educación para la ronda 2 y licitantes de órdenes nacionales por correo

Nuevos materiales de educación para la ronda 2 y competencias nacionales de órdenes por correo del programa competitivo de licitación de equipo duradero de Medicare, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) están ahora disponibles en el sitio web del Contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC) en [www.DMECompetitiveBid.com](http://www.DMECompetitiveBid.com). Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) instan a todos los licitantes a aprovechar de estos nuevos materiales así como también de muchas otras herramientas útiles y recursos en el sitio web de CBIC.

**Primero**, la *Guía de referencia de DBidS* ha sido emitida. Esta guía provee instrucciones paso a paso para utilizar el sistema de licitación en línea, conocido como el Sistema de licitación DMEPOS (DBidS).

**Segundo**, la final de una serie de webcasts está ahora disponible. Este webcast, titulado *How to Submit a Bid*, explica cómo presentar una licitación utilizando el sistema de licitación en línea, DBidS. Todos los webcasts están disponibles a la demanda para ver a su conveniencia – 24 horas al día, siete días a la semana. No hay cargos para ver los webcasts, y una transcripción por cada webcast también está publicada en el sitio web. Para ver los webcasts, por favor vaya al *sitio web de CBIC*, seleccione *Bidding Suppliers: Round 2 & National Mail-Order*, y escoja *Education Events*.

Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, por favor contacte el número de servicio al cliente libre de costo de CBIC al 877-577-5331 de 9:00 a.m. a 9:00 p.m. ET, lunes a viernes, durante los periodos de inscripción y licitación.

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

Fuente: CMS PERL 201201-51

## Anuncios...(continuación)

El anuncio, implementando las provisiones de medicamento por prescripción de Medicaid del Affordable Care Act, incrementará la transparencia en el precio de medicamentos, y asegurará que los contribuyentes y los estados no están pagando de más por medicamentos por prescripción.

La notificación de la regulación de farmacia de Medicaid de reglamentación propuesta puede encontrarse en el Federal Register en <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2012-02-02/pdf/2012-2014.pdf>. El periodo de comentario de la regla propuesta estará abierto hasta el lunes, 2 de abril. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) planean emitir una regla final en el 2013.

El texto completo de este extracto del comunicado de prensa puede encontrarse en el sitio Web de CMS en <http://www.CMS.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4251>.

**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 201202-06

---

## Extensión de la fecha límite para licencias para la ronda 2 y las competencias nacionales por correo del programa competitivo de licitación DMEPOS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están extendiendo la fecha límite para licencias para la ronda 2 y las competencias nacionales por correo del programa competitivo de licitación de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS). La fecha límite original para licencias le requería a los suplidores tener todas las licencias requeridas por el estado en archivo con el centro nacional de facturación (NSC) e indicado en el Sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS) antes de presentar una licitación.

**Nueva fecha límite:** Los suplidores de licitación ahora deben asegurarse de que copias de todas las licencias del estado aplicables sean **recibidas** por el NSC en o antes del martes, 1 de mayo de 2012.



Las licitaciones serán descalificadas si un licitante no cumple con todos los requisitos de licencia del estado para las categorías de productos aplicables y para cada estado en un área de licitación competitiva (CBA). Cada localidad de suplidor es responsable de tener todas las licencia(s) aplicables para cada estado en el cual se provean los servicios. Para un CBA multi-estado, el licitante debe tener colectivamente todas las licencia(s) aplicables para cada estado en el CBA. No es requerido que cada localidad tenga licencias para cada estado en el CBA siempre y cuando cada estado tenga una localidad licitante licenciada para la categoría de producto.

Por favor note que la extensión de la fecha límite para licencias **no** cambia ninguna otra fecha límite. Todas las licitaciones deben ser sometidas en DBidS, el sistema de licitación en línea, para las 8:59:59 p.m. (Hora del Este) el viernes, 30 de marzo de 2012. Todos los documentos impresos requeridos que deben ser incluidos como parte del paquete de licitación deben ser recibidos por el contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC) en o antes del viernes, 30 de marzo de 2012.

Un directorio de licencias para cada estado, el Distrito de Columbia, y los territorios pueden ser encontrados en el sitio web de NSC en [www.PalmettoGBA.com/NSC](http://www.PalmettoGBA.com/NSC). Los requisitos de licencia varían de estado a estado. El directorio de licencias de NSC provee un buen punto de partida para ayudar en identificar las licencias que usted necesita. Los requisitos de licencia de estado cambian periódicamente y pueden tener excepciones, así que el directorio de licencias de NSC sirve solo como una guía. Sigue siendo responsabilidad del proveedor de licitación asegurar conformidad con las leyes y regulaciones federales y estatales más actualizadas.

Para más información sobre los requisitos de licencia, usted puede referirse a [la hoja informativa "Licensure for Bidding Suppliers"](#) y las ["Request for Bids \(RFB\) Instructions"](#). 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 inscripción y licitación.

Por favor note que las instrucciones de RFB publicadas inicialmente en el sitio web de CBIC contenía la fecha **Continúa en la página siguiente**

## **Extensión...(continuación)**

límite original para otorgar licencia. Estas instrucciones ahora han sido actualizadas para reflejar la nueva fecha límite para otorgar licencia mostrada en este anuncio.

**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 201202-07

## **Nuevos pasos propuestos para proteger el dinero de los contribuyentes – el Affordable Care Act proporciona nueva autoridad para recuperar sobrepagos más rápidamente**

El martes, 14 de febrero, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) propuso que los proveedores y suplidores deben reportar y devolver los sobrepagos auto-identificados ya sea dentro de 60 días del pago incorrecto haber sido identificado o en la fecha límite de un reporte de costo correspondiente, el que sea más tarde.

El nuevo anuncio es uno de una serie de pasos que Medicare está tomando para proteger el dinero de los contribuyentes, incluyendo esfuerzos para prevenir que ocurran sobrepagos. Estos esfuerzos incluyen permitirle a auditores privados que trabajan a nombre de Medicare capturar los gastos innecesarios antes de que ocurran, expandiendo el uso de contratistas de auditoría de recuperación; probando los cambios a los sistemas de facturación de hospitales para ayudar a prevenir sobre-facturación; y cambiando procedimientos de aprobación de pagos para equipos médicos con tasas de error altas.

Un sobrepago de Medicare significa cualquier suma de dinero que una persona reciba o retenga bajo Medicare el cual no le pertenece. Ejemplos de sobrepagos en Medicare incluyen:

- Servicio o reclamación duplicada
- Pago al beneficiario incorrecto
- Pago por servicios excluidos o medicamento innecesarios
- Pago por servicios no cubiertos

Antes del Affordable Care Act, los proveedores no enfrentaron un plazo explícito para devolver el dinero de los contribuyentes. Gracias al Affordable Care Act, habrá un periodo de tiempo específico en el cual los sobrepagos deben ser reportados devueltos. Cualquier fallo en reportar y devolver el sobrepago dentro del periodo de tiempo aplicable podría ser una violación del False Claims Act. Los proveedores también podrían ser objeto de sanciones monetarias civiles o excluidos de participar en programas federales del cuidado de la salud por fallo a reportar y devolver un sobrepago.

Para leer la regla propuesta que requeriría que los proveedores y suplidores que reciben fondos bajo el programa de Medicare reporten y devuelvan los sobrepagos dentro de periodos de tiempo específicos, visite el *Federal Register* en <http://s3.amazonaws.com/public-inspection.federalregister.gov/2012-03642.pdf> (o, después del jueves, 16 de febrero, visite <http://www.FederalRegister.gov/a/2012-03642>).

El texto completo de este comunicado de prensa extractado de CMS (emitido el martes, 14 de febrero) puede ser encontrado en <http://www.CMS.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4266>.

**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 201202-38



## Análisis del programa de licitación competitiva DMEPOS no muestra ningún cambio en los resultados de salud

El 1 de enero de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) lanzó la primera fase del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) en nueve áreas diferentes en el país. Desde la implementación del programa, CMS ha utilizado análisis de reclamaciones en tiempo real para dar seguimiento a grupos de beneficiarios de Medicare potencialmente afectados por el programa. Este análisis ha mostrado consistentemente que el programa de licitación competitiva preserva los resultados de salud del beneficiario.

CMS ahora ha publicado un análisis de visión amplia que compara el impacto del programa en la población general de Medicare como también en los beneficiarios de Medicare con probabilidad de utilizar equipo competitivamente de licitación basado en sus condiciones de salud. Para estos grupos, compara índices de resultados de salud (tales como hospitalizaciones, duración de las estancias de hospital, y número de visitas de emergencia de departamento) en las áreas de licitación competitiva a los índices en las regiones sin licitación competitiva. El nuevo análisis habilita una comparación más fácil entre las subpoblaciones y entre áreas con licitación competitiva y sin licitación competitiva. Esto resulta en una representación más clara del efecto del programa de licitación competitiva DMEPOS en los resultados de salud de los beneficiarios de Medicare. Consistente con los análisis anteriores, CMS ha encontrado que los resultados de salud del beneficiario son estables en áreas de licitación competitiva. Para ver los resultados, favor de visitar <http://www.CMS.gov/DMEPOSCompetitiveBid>.

**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 201202-43

## EHR

## Información nueva sobre el proceso de apelación para los programas de incentivo de EHR para Medicare y Medicaid

### Inscripciones abiertas

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han añadido información nueva a la [Sección de atestación](#) del sitio web de los Programas de incentivo de registros de salud electrónicos (EHR) sobre el proceso de apelación.

El jueves, 1 de diciembre, CMS comenzó aceptando apelaciones para profesionales elegibles (EP), hospitales elegibles, y hospitales de acceso crítico (CAH). Para ayudar a los EP, los hospitales elegibles, y los CAH, la Oficina de estándares clínicos y calidad (OCSQ) está proveyendo dirección sobre cómo presentar una apelación. Note que la fecha límite para una apelación de elegibilidad para un hospital elegible ha sido extendida de viernes, 30 de diciembre de 2011 a lunes, 30 de enero de 2012.

La división de Tecnología de información de salud de OCSQ publicó la primera decisión de revisión informal para el programa de incentivo de EHR el lunes, 19 de enero. Comenzando en febrero, esta decisión de revisión informal y otras decisiones de apelaciones serán publicadas en la [página web de apelaciones de OCSQ](#). Comenzando en marzo, los proveedores pueden encontrar sus decisiones visitando el [portal de apelaciones](#).

Para preguntas generales y para información sobre cómo presentar una apelación, EP, hospitales elegibles, CAH, y organizaciones de ventaja de Medicare pueden contactar a su contratista de ayuda de apelación designado de OCSQ, Recursos de proveedores Inc. al:

Número libre de costo: 855-796-1515 (Entre 9:00 a.m. y 5:00 p.m. ET, lunes a viernes)

Email: [OCSQappeals@provider-resources.com](mailto:OCSQappeals@provider-resources.com)

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR? Visite el [sitio web de Programas de incentivo de EHR](#) para las últimas noticias y actualizaciones sobre 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 201201-49

## Mensajes importantes del programa de incentivo de registro de salud electrónico

**Alcanzan un año los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid el 3 de enero**  
 Martes, 3 de enero, fue el aniversario de un año para el comienzo de la inscripción en los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid. En el pasado año ha habido una tremenda cantidad de interés en los programas de incentivo puesto que los proveedores en todo el país han implementado los EHR.

### Puntos más destacados del primer año incluyen:

- 43 estados han comenzado sus programas de incentivo EHR de Medicaid
- Más de 176,000 personas se han inscrito para los programas de incentivo EHR de Medicare y/o Medicaid
- Más de \$2.5 billones han sido pagados en pagos de incentivo a los profesionales elegibles (EP) y los hospitales elegibles y los hospitales de acceso crítico (CAH) en todo el país

### Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado recursos de gran utilidad para los participantes en los Programas de Incentivo de EHR de Medicare y Medicaid, incluyendo:

1. [An Introduction to the Medicare EHR Incentive Program for Eligible Professionals](#) – esta guía interactiva orienta a los EP en cada aspecto del programa de Medicare, y les provee recursos de gran ayuda y consejos durante el transcurso.
2. Guías de usuario actualizadas – CMS ha actualizado las guías de inscripción y atestación de usuario, la cual instruye a los EP y los hospitales elegibles a través de la inscripción de CMS y el sistema de atestación. Existen cinco guías que pueden ser descargadas de la página [Educational Materials](#) del sitio Web de EHR.
3. Videos testimoniales del proveedor – estos videos, los cuales pueden encontrarse en [CMS YouTube channel](#), destacan las experiencias de los proveedores participantes en los programas de incentivo de EHR.

### De cara al futuro

Mientras nos movemos en el 2012 y el segundo año de participación de los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid, CMS espera que los proveedores comiencen o continúen su participación en los programas, y aprovechen estos incentivos para uso significativo de los EHR.

Si usted está considerando inscribirse para los programas, pero no lo ha hecho todavía, vaya al sitio Web de EHR de CMS y utilice [eligibility tool](#) para enterarse si usted puede participar.

Recuerde que el 2012 es el último año en el cual los EP pueden recibir un pago de incentivo completo en el programa de incentivo EHR de Medicare; comenzando en el 2013, los EP recibirán un pago total en general más pequeño.

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

### CMS ha actualizado el centro de información EHR con funcionalidad mejorada

CMS se enorgullece en anunciar que después de una revisión de los comentarios recibidos, los cambios y mejoras han sido realizados recientemente al sistema de respuesta automática (IVR) del centro de información EHR.

Entre estas revisiones más eficientes para el comunicante se encuentra una nueva función para ayudar con temas de extrema importancia, incluyendo inscripción y atestación, como también menús actualizados de reconfiguración de contraseñas. Estas mejoras habilitarán a los profesionales elegibles (EP), los hospitales elegibles, y los hospitales de acceso crítico (CAH) a obtener información sobre el programa de incentivo EHR más fácil y eficientemente.

### Direcciones para llamar al centro de información EHR:

Para contactar el IVR, marque 888-734-6433 o 888-734-6563 (número TTY).

Aproveche las nuevas opciones del menú principal:

- Presione 1 para los temas de actualidad (hot topics)
  - Para información sobre cuando la inscripción comienza, presione el 1.
  - Para información sobre atestación, presione el 2.
  - Para información sobre ser un hospital doblemente elegible, presione el 3.

*Continúa en la página siguiente*

## Mensajes... (continuación)

- Para información sobre consejos de inscripción, presione el 4.
- Para información sobre marcos de tiempo de pago, presione el 5.
- Para información sobre próximas fechas importantes, presione el 6.
- Para información sobre “clinical quality measures” (CQM) piloto de eReporting, presione el 7.
- Para información sobre pagos de escasez en el área profesional de la salud (Health Professional Shortage Area, HPSA), presione el 8.
- Presione el 2 para información sobre la reconfiguración de contraseña NPPES (national plan and provider enumeration system) and PECOS (provider enrollment, chain, and ownership system)
  - Para los EP que necesitan reconfiguración de contraseña NPPES/PECOS, presione el 1.
  - Para los hospitales elegibles que necesitan reconfiguración de contraseña PECOS, presione el 2.
- Presione el 0 para hablar con un especialista de información.
  - Para preguntas de inscripción, presione el 1.
  - Para cualquier otra pregunta, presione el 2.
- Presione el # para repetir el menú.

**Horas de operación del centro de información EHR:** 7:30 a.m.-6:30 p.m. (CT), lunes a viernes, excepto los días feriados federales. (Información genera está disponible en el IVR en cualquier momento, excepto durante el mantenimiento planeado del sistema.)

La información del programa también se puede encontrar en la [sección de FAQ](#) del sitio Web de programas de incentivo EHR, donde los usuarios pueden buscar cualquier pregunta que tengan sobre los programas de incentivo de EHR de Medicare o Medicaid.

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

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

Fuente: CMS PERL 201202-05

## Mensajes de registros electrónicos de salud (EHR)

### CMS ha actualizado el centro de información de EHR con nuevas opciones de autoservicio

Luego de meses de revisión y aportación colectiva, el sistema de contestación de voz interactiva (IVR) del centro de información de registros de salud electrónicos (EHR) ha sido mejorado para proveer a los usuarios un mayor número de opciones y servicios para hacer el acceso y la revisión de la información más fácil que nunca.

Para los profesionales elegibles (EP), hospitales elegibles, u hospitales de acceso crítico (CAH), la funcionalidad revisada mejora enormemente la eficiencia para obtener la información deseada, a la vez que ofrece una cantidad de información y opciones más variadas para los que llamen. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se enorgullece en anunciar que los proveedores ahora pueden obtener información a través de una opción de autoservicio de IVR extensa. En esta opción está incluido un módulo de protección de privacidad reforzado que requiere su identificador nacional del proveedor (NPI) individual, los últimos cinco dígitos de su número de identificación tributaria (TIN), y



su identificación de inscripción de EHR. Una vez aceptada, esta nueva herramienta de autoservicio mejorada le permite:

- Obtener estatus de inscripción
- Adquirir estatus de atestación
- Revisar información de pago
- Verificar el progreso hacia lograr la cantidad límite de \$24,000

Los usuarios pueden acceder estas nuevas opciones marcando 888-734-6433, pulsando 3

*Continúa en la página siguiente*

## Mensajes...(continuación)

para autoservicio, e ingresando los elementos de autenticación. Estas opciones estarán disponibles en el IVR efectivo el jueves, 16 de febrero.

**Horario de operaciones del centro de información de EHR:** 7:30 a.m.-6:30 p.m. CT, lunes a viernes, excepto por días de fiesta federales. (Note que las opciones de información general y autoservicio pueden ser alcanzadas a través del IVR 24 horas al día, excepto durante periodos de mantenimiento de sistema planificado o actualizaciones).

Información complementaria sobre el programa puede también ser vista visitando la [sección de preguntas frecuentes](#) del sitio web de programas de incentivo de EHR, donde los usuarios pueden buscar cualquier pregunta que tengan sobre los programas de incentivo de EHR de Medicare o Medicaid.

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR? Asegúrese de visitar el [sitio web de programas de incentivo de EHR](#) para las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo de EHR.

## Nuevas y actualizadas preguntas frecuentes añadidas al sitio web de EHR de CMS

CMS quiere ayudarle a mantenerse al día con información sobre los programas de incentivo de los registros de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid, y ha actualizado recientemente las preguntas frecuentes publicadas anteriormente y añadió nuevas preguntas frecuentes sobre varios temas de programas de incentivo, incluyendo periodos de reporte y pagos de incentivos. Tome un minuto y revise estas preguntas frecuentes:

- Para el año de pago 2011, ¿Cómo y cuándo serán hechos los pagos de incentivo de los programas de incentivo de EHR Medicare? [Lea la respuesta.](#)
- ¿Cuáles son los periodos de reporte de EHR para hospitales elegibles que están participando en ambos programas de incentivo de EHR de Medicare y Medicaid, así como también los requisitos para recibir un pago de incentivo de EHR? [Lea la respuesta.](#)
- Para los programas de incentivo de EHR de Medicare y Medicaid, ¿Cómo los periodos de informes de costo no estándares (o irregulares) serán tomados en consideración para determinar los periodos de informe de costo apropiados para nómina durante las calculaciones de hospital de EHR de Medicare y Medicaid EHR? [Lea la respuesta.](#)
- Para cualificar para pago bajo el programa de incentivo EHR de Medicaid por haber adoptado, implementado, o actualizado a (AIU) tecnología certificada de EHR, un profesional elegible (EP) trabajando en una clínica India de servicios de salud (IHS) le puede ser requerido presentar a

su agencia de Medicaid del estado una carta oficial que contenga información sobre el registro de salud electrónico de la clínica de IHS (la cual es una división operativa del United States Department of Health and Human Services). La información en esta carta identifica al proveedor de EHR, el número de EHR de ONC Certified Health IT Product List (CHPL), así como también otra información sobre la versión de producto de EHR y licenciatura. ¿Esta carta cumple con los requisitos de documentación del estado para AIU? [Lea la respuesta.](#)

- Para el programa de incentivo de EHR de Medicaid, ¿Cómo determinamos el volumen de pacientes de Medicaid para procedimientos que son facturados globalmente, como visitas al obstetra (OB) o algunas cirugías? Dichos procedimientos son facturados a Medicaid a una tarifa global donde una tarifa global podría cubrir varias visitas. [Lea la respuesta.](#)

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

## Manténgase informado a través de Listserv de programas de incentivo EHR de CMS

CMS quiere invitarle a unirse a un servicio por correo electrónico libre de costo para recibir las últimas noticias sobre los programas de incentivo de EHR. El [Listserv del programa de incentivo EHR de CMS](#) provee información oportuna sobre requisitos del programa y cambios en los programas de incentivo de EHR.

Al inscribirse a este Listserv, usted recibirá notificación temprana de nuevos desarrollos del programa, la disponibilidad de nuevos recursos, y la adición de cualquier [pregunta frecuente](#) nueva que sea publicada en el sitio web de programas de incentivo EHR de CMS. [Únase](#) al Listserv y visite la [sección de Listserv](#) del sitio Web de los programas de incentivo EHR para revisar algunos de los mensajes más recientes que CMS ha enviado. CMS le anima a hacer saber a otros sobre Listserv del programa de incentivo EHR de CMS, y compartir sus mensajes.

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR? Asegúrese de visitar el [sitio web de programas de incentivo EHR](#) para información completa sobre los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid 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 201202-23



## Nueva página Web sobre las CQM añadida al sitio web de EHR

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha creado una *nueva página* para el *sitio web* de registros de salud electrónico (EHR) dedicada a las medidas de calidad clínicas (CQM) y su rol en los programas de incentivo de EHR de Medicare y Medicaid. La página propone ayudar a los proveedores a entender mejor el propósito de las CQM y como informar sobre las medidas.

La nueva página de CQM del sitio web incluye información sobre los siguientes temas:

- Definiciones generales del programa, como “Periodo de notificación”
- Requisitos de informe de CQM para el profesional elegible (EP)
- Requisitos de informe de CQM para hospitales de acceso crítico (CAH) y hospital elegible
- Información sobre el programa piloto de CQM
- Recursos e información adicional sobre las CQM

Usted también puede encontrar recursos útiles de CQM en la página principal, incluyendo la *Guía para las CQM* y un *video de seminario web* que provee un resumen de las medidas. También asegúrese de revisar la *tabla informativa de CQM EP* y la *tabla informativa de CAH y CQM de hospital elegible*. Cada documento enlista las CQM para los programas de incentivo de EHR de Medicare y Medicaid para 2011-2012.

¿Quiere más información sobre los programas de incentivo de EHR? Asegúrese de visitar el *sitio web de programas de incentivo de EHR* para las últimas noticias y actualizaciones sobre los programas de incentivo de EHR.

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

Fuente: CMS PERL 201202-41

## Tarifa Fija

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

Número de *MLN Matters*: MM7671Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7671  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de enero de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2379CP  
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

#### Resumen

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

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

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

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7671, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2379CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2379, CR 7671

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

## HIPAA

### Cambios requeridos para el FFS de Medicare versión 5010 para códigos de procedimientos no especificados

Medicare fee-for-service (FFS) ha modificado el listado de conjunto de códigos de medicamentos no clasificados (NOC) efectivo el lunes, 16 de enero de 2012. De esta manera, se ha determinado que los códigos de anestesia que incluyen la frase “no clasificados” en sus descripciones de código (códigos de procedimiento desde 00100 hasta 01996) no cumplen con los criterios de un código de procedimiento no especificado y no requieren que una descripción sea provista en los elementos de data SV101-7/SV202-7. El código de procedimiento de anestesia 01999, “Procedimiento(s) de anestesia no listado” cumple con los requisitos de un código no especificado y continúa requiriendo que información adicional sea provista en el elemento de data SV101-7.

Adicionalmente, varios códigos de patología y laboratorio identificados en el código de procedimiento sección 8800 y una variedad de otros códigos NOC han sido removidos. Estos códigos no cumplen con los criterios de un código de procedimiento no específico y no requieren que una descripción sea provista en los elementos de data SV101-7/SV202-7.

La mayoría de los códigos de procedimiento afectados y removidos de la lista de códigos NOC son códigos de anestesia, códigos de patología/laboratorio y códigos de sistema para reportar calidad médica.

El listado completo de las FFS de Medicare de los códigos NOC puede ser encontrado en [http://www.CMS.gov/ElectronicBillingEDITrans/40\\_FFSEditing.asp](http://www.CMS.gov/ElectronicBillingEDITrans/40_FFSEditing.asp). Medicare estará actualizando el conjunto de códigos, como mínimo, trimestralmente (enero, abril, julio y octubre) según el listado de NOC es refinado y los conjuntos de códigos matriz son actualizados. Por favor vuelva al [sitio web](#) con frecuencia para obtener la lista más actualizada.

Para más información sobre la versión 5010 y D.0, por favor visite <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 201201-46

### Uso de numeración única recomendada para elementos de data claves en reclamaciones 837 entrantes

Con la implementación de la Accredited Standards Committee (ASC) X12 versión 5010 de las transacciones para aceptación (TA1, 999, and 277CA), Medicare fee-for-service está recomendando el uso de numeración única para varios números envoltentes de referencia/control incorporados en la versión 5010 de reclamaciones en transición. Utilizando numeración única para los elementos de data IAS13, ST02, y BHT03 en reclamaciones entrantes 837 profesionales e institucionales permitirá a los socios comerciales de Medicare parear con facilidad las reclamaciones sometidas con las transacciones aceptadas correspondientes.

Ejemplos de esos pareos incluyen:

- 837 ISA13 está asignado para la respuesta de transacción TA1 y localizado en el elemento de data de TA101
  - La guía de implementación para el TA1 (ASC X12 TA1 TR3) indica para TA101: “Este es el valor en ISA13 del intercambio para el cual este TA1 está respondiendo.”
- 837 ST02 está asignado para la respuesta 999 en el elemento de data 2000.AK202
  - La guía de implementación para el 999 (ASC X12 999 TR3) indica para AK202: “Utilice el valor en ST02 del conjunto de transacciones para la cual este conjunto de transacciones 999 está respondiendo.”
- 837 BHT03 está asignado para la respuesta 277CA en el elemento de data 2200B.TRN02
  - La guía de implementación para el 277CA (ASC X12 277CA TR3) indica para TRN02: “Este elemento contiene el valor sometido en el elemento de data BHT03 del 837.”

**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 201202-03

## Preparándose para la actualización a la versión 5010 – preguntas para hacerle a su proveedor

La fecha límite para cumplir con la actualización a la versión 5010 de la versión 4010/4010A era el 1 de enero. El Centro de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunció un periodo de cumplimiento a discreción de 90 días hasta el sábado, 31 de marzo, durante el cual no se iniciará acción de cumplimiento con respecto a ninguna entidad cubierta de HIPAA que no esté en conformidad con ASC X12 versión 5010 (versión 5010), NCPDP Telecom D.0 (NCPDP D.0) y estándares de NCPDP Medicaid Subrogation 3.0 (NCPDP 3.0). Sin embargo, usted debe continuar actualizando sus sistemas lo más pronto posible para poder cumplir con esta fecha límite.

Para poder asegurar una actualización fácil antes de abril, usted va a necesitar completar pruebas para ambas fases, interna I y fase externa II, de transacciones de la versión 5010. Como parte de su prueba externa, usted va a necesitar hacer pruebas con socios comerciales externos, los cuales incluyen proveedores, cámaras de compensación, servicios de facturación y pagadores. Su proveedor es un socio crítico para alcanzar conformidad con la versión 5010.

Usted debe tomar los siguientes pasos para evaluar su proveedor y productos de proveedor para asegurar una actualización puntual a la versión 5010:

- Establecer un sistema de rastreo y una línea de tiempo para los hechos cruciales
- Revisar las obligaciones existentes y obligaciones nuevas contractuales con los vendedores
- Coordinar las capacidades del vendedor con las necesidades de su consultorio y expectativas
- Evaluar la facilidad de uso de productos de proveedores

Es posible que también desee preguntarle a su proveedor algunas de las siguientes preguntas sobre la actualización a la versión 5010 para ayudar a evaluar su preparación para esta actualización:

- ¿Han actualizado sus sistemas para cumplir con los estándares de la versión 5010?
- Si todavía no han actualizado, ¿Cuándo lo harán?
- ¿Cuál será el costo para cada actualización?
- ¿Qué versiones de su software serán actualizadas, y estas actualizaciones requerirán cualquier actualización de hardware adicional?
- ¿Cuán frecuente ocurrirán las actualizaciones y cuál es el método de entrega?
- ¿Cómo los problemas son registrados y cómo serán manejados?
- ¿Hay entrenamiento disponible para nuevos cambios de sistema y/o funcionalidades?

Por favor visite el sitio web de CMS ICD-10 para información adicional y recursos sobre la actualización a la [versión 5010](#).

Manténgase informado sobre la versión 5010 y ICD-10. Por favor visite el [sitio web de ICD-10](#) para las últimas noticias y recursos para ayudarte a preparar, 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 201202-16

---

## Actualización importante sobre la implementación de HIPAA versión 5010/D.0



Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado un nuevo documento titulado *Important Update Regarding HIPAA Version 5010/D.0 Implementation* en la nueva página de CMS “Versions 5010 & D.0 & 3.0”: [http://www.CMS.gov/versions5010andd0/01\\_overview.asp](http://www.CMS.gov/versions5010andd0/01_overview.asp). El documento incluye descripciones utilizadas para interpretar las respuestas 277CA como también enlaces a los documentos de descripción de error de las ediciones comunes y módulo mejorado (CEM).

**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 201202-46

## ASC X12 decide en contra de proponer la versión 6020 para consideración como la próxima versión del estándar bajo HIPAA

El Accredited Standards Committee X12 (ASC X12) recientemente anunció que no propondrá la versión 6020 para consideración como la próxima versión del estándar bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). En su publicado de prensa, ASC X12 declaró que luego de escuchar y revisar testimonio ante el National Committee on Vital Health Statistics (NCVHS), haber llevado a cabo debates con las partes interesadas de la industria del cuidado de la salud y los representantes de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), y reconocer las muchas iniciativas de IT de salud en curso, decidió no recomendar su versión 6020 TR3s a las organizaciones de mantenimiento de estándares (DSMO) designadas. La decisión de ASC X12 remueve la opción de que esta versión sería considerada para adopción bajo HIPAA.

Al anunciar su decisión, ASC X12 notó que la industria del cuidado de salud se sirve mejor al enfocarse en actualizar a los estándares de la versión 5010 este año. Las lecciones aprendidas de esta implementación generarán mejor información que puede ser aplicada a cambios a la próxima versión del estándar. Además, la participación de la industria en ese proceso será más contundente. CMS es compatible con la precaución de ASC X12 que aunque la versión 6020 no será recomendada para adopción, las aportaciones de los interesados sigue siendo imprescindible. La versión 6020 todavía servirá como base para la próxima versión, pero la industria tendrá el tiempo necesario para determinar los cambios que sean necesarios.

CMS continuará apoyando el trabajo de ASC X12, el DSMO, otras organizaciones de desarrollo de estándares, entidades de reglas operacionales, y partes interesadas de la industria para mejorar el proceso de desarrollar, adoptar y mantener los estándares y especificaciones de implementación. Por favor visite el [sitio web de ASC X12](#) para más información sobre esta decisión.

Manténgase al día sobre la versión 5010 y ICD-10. Visite el [sitio web de ICD-10](#) para las últimas noticias y recursos para ayudarle a preparar, 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 201202-37

## Solución de la edición 496 del envío de reclamaciones electrónicas 5010

Con la implementación del Accredited Standards Committee (ASC) X12 versión 5010, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) han recibido un gran incremento de llamadas de facturadores sobre la edición 496, más comúnmente referida como el “problema de enlace” (the linkage problem). En algunos casos, el problema puede ser el resultado de que un proveedor no haya sido apropiadamente enlazado a un presentador de casa de facturación/vendedor en el sistema de Medicare; sin embargo, el problema puede ser también el resultado de errores de facturación. Los consejos a continuación le ayudarán a determinar la razón del recibo de una edición 496 y le ayudará a entender la solución de la edición.

Puesto que los formatos electrónicos de reclamación 4010 versus 5010 no son los mismos, usted no puede asumir un enlace exitoso de presentador entre el proveedor y casa de facturación/vendedor, en 4010 significa que usted debe estar satisfactoriamente enlazado en 5010. Algunos enlaces fueron inicialmente realizados cerca de una década atrás. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han encontrado que varias casas de facturación grandes que han sido compradas repetidamente, vendidas, y combinadas ahora están utilizando nuevos números de presentador.

Antes de la implementación del software de ediciones comunes y módulo de mejoras (CEM), los contratistas de Medicare mantuvieron sus propias ediciones del intercambio electrónico de datos (EDI). Ahora que el formato 5010 tiene una edición CEM definitiva para asegurar que todos los enlaces son válidos, los ID inválidos de presentadores están siendo detenidos por malos enlaces.

En adición al asunto de enlace entre el proveedor y la casa de facturación/vendedor, la edición 496 también puede ocurrir debido a los siguientes asuntos de facturación del identificador nacional del proveedor (NPI):

- Utilizando el NPI del proveedor que presta los servicios en vez del NPI del proveedor que factura (el proveedor que presta el servicio no está asociado con el presentador de casa de facturación/vendedor)
- Facturando los servicios de Parte B para un proveedor asociado con un grupo bajo su NPI individual cuando debe ser facturado bajo el grupo de NPI

Solución de la edición 496 requiere evaluación del mensaje de reconocimiento de reclamaciones del cuidado de la salud (277CA) y todas las ediciones incurridas en adición a la misma. Aunque generalmente una edición 496 puede indicar un simple problema de enlace, las ediciones adicionales podrían enfocarse en el envío de un NPI

*Continúa en la página siguiente*



## **Solución...(continuación)**

inapropiado o incorrecto como resultado de una facturación impropia.

El 277CA, si es entregado de regreso al proveedor por parte de la casa de facturación/vendedor, tendrá el siguiente componente de mensaje en el segmento de estatus (STC) relacionado a la edición 496:

- Primera parte: Código de categoría de estatus de reclamación = "A8" – reconocimiento / rechazado por error de campo relacional
- Segunda parte: Código de estatus de reclamación = "496" – presentador no aprobado para envío de reclamación electrónica de parte de esta entidad
- Tercera parte: Código de identificador de entidad = "85" – proveedor que factura

Este mensaje, "A8:496:85", utiliza los valores y transmisiones del código nacional mantenido por Washington Publishing Company (WPC) que la reclamación fue rechazada por una relación de error entre el presentador y el NPI del proveedor que factura. Usted recibirá el mismo set de códigos para un problema de enlace y un problema de facturación impropia (uso del NPI del proveedor que presta el servicio versus el proveedor que factura, por ejemplo, como se describió arriba).

La evaluación de la casa de facturación/vendedor de todas las ediciones recibidas debe ser completada antes de solicitar la solución al problema de enlace a su MAC.

Contacte a su línea de ayuda de su MAC EDI luego de buscar la naturaleza de las ediciones 496 para ayuda con el enlace del proveedor y casa de facturación/vendedor y la colección de la autorización del proveedor requerida por CMS para facturar a cada cliente. Las líneas de ayuda MAC de EDI están disponibles en [http://www.CMS.gov/ElectronicBillingEDITrans/03\\_EDISupport.asp](http://www.CMS.gov/ElectronicBillingEDITrans/03_EDISupport.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 201202-59

## Hospital

### **La licitación está ahora abierta para la ronda 2 las competencias nacionales de órdenes por correo del programa competitivo de DMEPOS**

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están ahora solicitando licitaciones para la ronda 2 y las competencias nacionales de orden por correo del programa de licitación competitiva equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros de Medicare.

**Todas las licitaciones deben ser presentadas en el Sistema de licitación de DMEPOS (DBidS), el sistema de licitación en línea, para el 30 de marzo de 2012 a las 8:59:59 p.m. ET. Todos los documentos impresos requeridos que deben ser incluidos como parte del paquete de licitación deben ser RECIBIDOS por el contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC) en o antes del 30 de marzo de 2012.** El periodo de contrato para la ronda 2 y las competencias nacionales de órdenes por correo es del 1 de julio de 2013 - 30 de junio de 2016.

Todos los licitantes deben presentar ciertos documentos impresos requeridos según especificado en las [Instrucciones para solicitar licitaciones \(RFB\)](#). CMS insta a todos los licitantes a aprovechar el proceso de revisión de documentos cubierto. Bajo este proceso, CMS notificará a los suplidores que presenten sus documentos financieros impresos para la fecha de revisión de documentos cubiertos (CDRD) de cualquier documento financiero que falte. **EI CDRD**

**para la ronda 2 y las competencias nacionales de órdenes por correo es el 29 de febrero de 2012 – los documentos financieros deben ser RECIBIDOS en o antes del 29 de febrero de 2012, para cualificar para el proceso de revisión de documentos cubiertos.** Este proceso solo determina si hay algunos documentos financieros que falten. El mismo no indica si los documentos son aceptables, precisos, o si cumplen con los requisitos aplicables. Los suplidores que presenten documentos financieros para la CDRD serán notificados de cualquier documento financiero que falte dentro de los 90 días de la CDRD. A los suplidores se les requerirá presentar los documentos financieros que falten dentro de 10 días de la notificación.

Áreas de licitación competitiva y categorías de producto para la ronda 2 y competencias nacionales de órdenes por correo, información de DBidS, worksheets de preparación de licitación, materiales educacionales, e instrucciones completas de RFB pueden ser encontradas en el sitio web de CBIC. Los suplidores deben revisar esta información antes de someter sus licitaciones. CMS enviará actualizaciones importantes sobre licitación a través de correo electrónico, así que a todos los suplidores interesados en la licitación se les insta a inscribirse para actualizaciones por correo electrónico en el sitio web

*Continúa en la página siguiente*

## La licitación..(continuación)

de CBIC (en [www.DMECompetitiveBid.com](http://www.DMECompetitiveBid.com)). Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso de licitación, por favor contacte el centro de servicio al cliente de CBIC al 1-877-577-5331.

Las fechas de inscripción proyectadas para los oficiales autorizados (AO) y para los oficiales autorizados de respaldo (BAO) registrarse para una identificación de usuario y contraseña en el sistema Individuals Authorized Access al CMS Computer Services (IACS) de CMS ya pasaron. Los usuarios finales (EU), así como también cualquier AO y BAO que todavía no hayan sido registrados, deberían estar registrándose ahora. Solo los suplidores que se registraron en IACS y recibieron una identificación de usuario y contraseña podrán acceder el sistema de licitación en línea y presentar licitaciones. Si el AO para su compañía todavía no se ha registrado, no podemos garantizar que él o ella puedan completar el proceso de registro antes de que cierre la inscripción. Si su AO no se registra, usted no puede licitar y no será elegible para un contrato. En adición, los suplidores cuyos AO no se han registrado están en riesgo de experimentar retrasos en acceder el sistema de licitación en línea para darle un número a un licitante y perdiendo así la oportunidad de presentar documentos financieros para la CDRD.

**La inscripción cerrará el 9 de febrero de 2012, a las 9:00 p.m. ET – ningún AO, BAO, o EU se puede registrar luego de que la inscripción cierre.** Los suplidores que no se registren no pueden licitar y no son elegibles para contratos.

La inscripción es típicamente un proceso rápido y fácil si usted sigue las instrucciones paso a paso en el "IACS Reference Guide" publicadas en el sitio web de CBIC. Para registrarse, visite el [sitio web CBIC](#) y haga clic en "REGISTRATION IS OPEN" arriba del reloj de registro en la página de inicio. Usted también encontrará una lista de verificación de inscripción y guías de pasos rápidos en el [sitio web de CBIC](#). Por favor note que suplidores con múltiples localidades típicamente deben registrar un solo número de acceso de transacción del proveedor "provider transaction access number" (PTAN) que presentará la licitación para todas las localidades. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso de inscripción, por favor contacte el centro de servicio al cliente de CBIC.

Para licitar, visite el [sitio web de CBIC](#) y haga clic en "BIDDING IS OPEN" arriba de los relojes en la página de inicio.

Por favor note que las instrucciones de RFB inicialmente publicadas en el sitio web de CBIC contienen las fechas límites proyectadas para presentar la licitación. CMS está en el proceso de actualizar estas instrucciones para reflejar las fechas límites reales para la presentación de la licitación, las cuales son mostradas en este anuncio.

**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 201201-52

## ICD-10

### HHS anuncia su intención de retrasar la fecha de conformidad de ICD-10

Como parte del compromiso del Presidente Obama para reducir la carga regulatoria, la Secretaria de Salud y Servicios Humanos, Kathleen G. Sebelius anunció el 16 de febrero que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) iniciará un proceso para posponer la fecha para la cual ciertas entidades de la atención médica tienen que estar conformes con los diagnósticos y códigos de procedimientos del International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10).

La regla final que adopta ICD-10 como un estándar fue publicada en enero de 2009 y establece una fecha de conformidad del 1 de octubre de 2013, –un retraso de dos años de la fecha de conformidad inicialmente especificada en la regla propuesta en el 2008. HHS anunciará una nueva fecha de conformidad más adelante.

"Los códigos ICD-10 son importantes para muchas mejoras positivas en nuestro sistema de la atención médica", dijo la Secretaria de HHS, Kathleen Sebelius. "Hemos escuchado de muchos en la comunidad del proveedor que tienen preocupaciones sobre las cargas administrativas que enfrentan en los años venideros. Estamos comprometidos en trabajar con la comunidad del proveedor para reexaminar el paso en el cual HHS y la nación implementan estas mejoras importantes a nuestro sistema de la atención médica".

Los códigos ICD-10 proveen más datos robustos y específicos que ayudarán a mejorar la atención del paciente y habilitará el intercambio de nuestros datos de la atención médica con aquellos que el resto del mundo ya ha estado utilizando ICD-10. Las entidades cubiertas bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) se les exigirá que utilicen los códigos de diagnóstico y procedimiento ICD-10.

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

Fuente: CMS PERL 201202-45

## Información General

### Directorio de suplidores y médicos participantes de la Parte B de Medicare 2012

El directorio de suplidores y médicos participantes de la Parte B de Medicare (MEDPARD) contiene nombres, direcciones, números de teléfono, y especialidades de médicos y suplidores que han acordado participar aceptando la asignación de todas las reclamaciones de la Parte B de Medicare para artículos y servicios cubiertos.

El listado de MEDPARD estará disponible a no más tardar del 15 de marzo en el sitio web de FCSO Medicare en <http://medicareespanol.fcsso.com/MEDPARD/>.

Fuente: Pub 100-04, Transmittal 2319, CR 7573

---

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

Número de *MLN Matters*: MM7363 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7363  
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de noviembre de 2011  
Fecha de efectividad: 3 de febrero de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R400PI  
Fecha de implementación: 3 de febrero de 2012

#### Resumen

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

El proceso de evaluación del contratista de Medicare incluirá una evaluación de toda la documentación presentada con la aplicación de inscripción al proveedor CMS-855 B, y según apropiado, verificación con el sitio web del Federal Aviation Administration. Los contratistas denegarán o revocarán la inscripción de un suplidor de servicios de ambulancia aérea si no se mantiene la certificación FAA.

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7363, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R400PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 400, CR 7363



---

### Hoja informativa publicada ‘The Guide to Medicare Preventive Services: Errata Sheet to the Fourth Edition’

La *Hoja informativa “The Guide to Medicare Preventive Services: Errata Sheet to the Fourth Edition” (ICN 907802)* ha sido publicada y está disponible en formato descargable. Esta hoja errata refleja los cambios a *The Guide to Medicare Preventive Services*, e incluye actualizaciones tales como información sobre nuevos beneficios cubiertos, códigos actualizados y recursos.

**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 201201-55

## Evaluación para STI y consejería conductual de alta intensidad

Número de *MLN Matters*: MM7610  
 Número de petición de cambio relacionado: 7610  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 8 de noviembre de 2011  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2402CP y R141NCD  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012 para implementación completa

### Resumen

Comenzando el 2 de julio de 2012, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) cubrirán la evaluación para las siguientes infecciones transmitidas sexualmente (STI):

- Clamidia
- Gonorrea
- Sífilis
- Hepatitis B

Las pruebas deben ser utilizadas consistentemente

**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 el etiquetado aprobado por el Food and Drug Administration (FDA), en conformidad con las regulaciones del Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA). Las pruebas de laboratorio cubiertas deben ser ordenadas por el proveedor de cuidado primario.

En adición, Medicare cubrirá consejería conductual de alta intensidad (HIBC) para prevenir STI.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7610.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7610, 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/R2402CP.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R141NCD.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2402, CR 7610  
 Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 141, CR 7610

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

Número de *MLN Matters*: MM7670 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7670  
 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: R2371CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

### Resumen

El Comité de mantenimiento de código nacional se reúne al principio de cada reunión de trimestre X12 (febrero, junio y octubre) y toma decisiones sobre adiciones, modificaciones, y retiro de códigos existentes. Los conjuntos de códigos están disponibles en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>. Se ha hecho referencia a esta página anteriormente por la siguiente dirección de URL: <http://www.wpc-edi.com/codes>. En las listas de código están incluidos detalles específicos, incluyendo la fecha de cuando un código fue añadido, cambiado o eliminado.

**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.

Todos los cambios de código aprobados durante la reunión de comité de febrero de 2012 serán publicados en ese sitio en o alrededor del 1 de marzo de 2012. Los contratistas de Medicare implementarán estos cambios el 2 de abril de 2012.

**Nota:** Este artículo fue revisado el 30 de enero de 2012, para corregir la dirección de Web al comienzo de la página 2. El resto de la información es la misma.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7670.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7670, 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/R2371CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2371, CR 7670



## Terapia conductual intensiva para la obesidad

Número de *MLN Matters*: MM7641 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7641

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 20112

Fecha de efectividad: 29 de noviembre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2409CP, R142NCD

Fecha de implementación: 6 de marzo de 2012 para ediciones de sistemas no compartidos, 2 de julio de 2012 para ediciones de sistemas compartidos, pantalla del proveedor CWF, HICR y cambios MCSDT

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7641 informa a contratistas de Medicare sobre implementar cobertura de terapia conductual intensiva (IBT) para obesidad. Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 29 de noviembre de 2011, los beneficiarios de Medicare con obesidad, definido como índice de masa corporal (BMI) igual o mayor que 30 kg/m<sup>2</sup>, que sean competentes y estén alertas al momento en que la consejería sea provista y cuya consejería sea provista por un médico de cuidado primario calificado u otro profesional de la salud de cuidado primario en un ambiente de cuidado primario, son elegibles para:

- Una visita cara a cara cada semana por el primer mes;
- Una visita cara a cara cada dos semanas para los meses 2-6; y
- Una visita cara a cara cada mes para los meses 7-12, si el beneficiario alcanza la pérdida de peso requerida de 3kg (6.6 lbs) durante los primeros 6 meses.

El coaseguro de Medicare y el deducible de la Parte B son eliminados para este servicio.

Efectivo el 29 de noviembre de 2011, Medicare reconocerá el código HCPCS G0447 (consejería conductual cara a cara para obesidad, 15 minutos). G0447 debe ser facturado junto con uno de los códigos ICD-9 para un BMI mayor de 30.0 (V85.30-V85.39, V85.41-V85.45).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7641.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7641, 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/R2409CP.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R142NCD.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2409, CR 7641

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 142, CR 7641

**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 ‘Guidelines for Teaching Physicians, Interns, and Residents’

La hoja informativa “*Guidelines for Teaching Physicians, Interns, and Residents*” (ICN 006347) ha sido revisada y ahora está disponible en formato para descargar. Incluye información sobre el pago para los servicios del médico en ambientes de enseñanza, directrices generales de documentación, y directrices de documentación de evaluación y manejo.

**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 201201-55

---

## Hoja informativa revisada ‘Clinical Laboratory Fee Schedule’

La *hoja informativa “Clinical Laboratory Fee Schedule”* (ICN 006818) ha sido revisada y está ahora disponible en formato descargable. Esta hoja informativa incluye información de historial así como también información de cobertura de servicios de laboratorio y cómo se establecen las tarifas de pago.

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

Fuente: CMS PERL 201202-42

## Determinando elegibilidad para el pago de bono médico de HPSA de Medicare

Los médicos que puedan ser elegibles para el pago de bono de área de escasez de profesionales de la salud (HPSA) de Medicare deben estar conscientes de los recursos de información y educacionales sobre determinar elegibilidad, para minimizar errores durante el proceso de revisión de post-pago.

- Información sobre el bono HPSA, incluyendo la lista de códigos postales elegibles para pago automático, pueden ser encontrados en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en [http://www.CMS.gov/HPSApsaPhysicianBonuses/01\\_overview.asp](http://www.CMS.gov/HPSApsaPhysicianBonuses/01_overview.asp).
- Dos artículos de *MLN Matters*® están disponibles los cuales van en más detalle:
  - “2012 Annual Update for the HPSA Bonus Payments” (MM7517) está disponible en <http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7517.pdf>, y
  - “HPSA Bonus Payment Policy Reminders” (SE1202) está disponible en <http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1202.pdf>.
- Sitios de web para ayudar a determinar designaciones existentes y elegibilidad para el bono de médicos de HPSA de Medicare incluyen:
  - <http://HPSAfind.HRSA.gov/HPSAsearch.aspx> – para identificar designaciones dentro del estado,
  - <http://www.FFIEC.gov/geocode/default.aspx> – para identificar el tracto del censo ingresando una dirección, y
  - <http://DataWarehouse.HRSA.gov/geoadvisor/ShortageDesignationAdvisor.aspx> – para ver si un área está listada como área elegible.

**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 201202-08

## Autorización previa de la demostración de dispositivos eléctricos de movilidad y de la demostración de revisión de prepago de la auditoría de recuperación

El martes, 15 de noviembre de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron tres proyectos de demostración con el objetivo de fortalecer Medicare eliminando el fraude, el desperdicio y el abuso. Las reducciones en pagos impropios ayudará a asegurar la sostenibilidad de los fondos fiduciarios de Medicare y proteger a los beneficiarios que dependen en el programa de Medicare.

CMS se complace en anunciar que la autorización previa de la demostración de dispositivos eléctricos de movilidad (PMD) y la demostración de la revisión de prepago de la auditoría de recuperación – las cuales fueron retrasadas de su fecha de comienzo inicial el domingo, 1 de enero – son esperadas a moverse adelante a partir del viernes, 1 de junio de 2012. Para información adicional sobre estas demostraciones, por favor visite <http://go.CMS.gov/cert-demos>.

Estas demostraciones comenzarán luego de recibir un número de control de la Oficina de manejo y presupuesto del Reduction Act (PRA). CMS publicó una notificación de PRA para estas demostraciones el viernes, 3 de febrero en <http://www.CMS.gov/PaperworkReductionActof1995/PRAL/list.asp>.

CMS revisó significativamente la autorización previa de la demostración de PMD en respuesta a preocupaciones de proveedores y suplidores. Para más información sobre los cambios adoptados por favor visite <http://go.CMS.gov/PAdemo>.

La demostración de re facturación de Parte A a Parte B comenzó el domingo, 1 de enero de 2012.

Para ver la notificación pertinente del *Federal Register*, visite <https://s3.amazonaws.com/public-inspection.federalregister.gov/2012-02821.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 201202-10

## Determinación de cobertura nacional propuesta para ‘transcatheter aortic valve replacement’

El jueves, 2 de febrero, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) propusieron que pacientes de Medicare a lo largo de la nación tengan acceso a un nuevo procedimiento, conocido como “transcatheter aortic valve replacement” (TAVR).

El resultado de un nivel sin precedentes de colaboración entre CMS, la Food and Drug Administration, la Agency for Healthcare Research and Quality, la American College of Cardiology, la Society of Thoracic Surgeons and Edwards Lifesciences, este memorándum de decisión de cobertura propuesta para TAVR continua el compromiso de CMS a colaborar entre agencias y asegurar que los pacientes tengan acceso a la mejor y más actualizada tecnología médica.

CMS está solicitando comentarios públicos sobre esta determinación propuesta persuadiendo la Sección 1862(l) del Social Security Act. CMS está especialmente interesado en comentarios públicos sobre el uso de cobertura con el desarrollo de evidencias (CED) en esta decisión. Luego de considerar los comentarios públicos, CMS hará una determinación final y emitirá un memorándum de decisión final.

La decisión propuesta estará abierta por 30 días de comentario público antes de que CMS emita una decisión final más tarde este año. Para leer la propuesta completa, visite <http://www.CMS.gov/medicare-coverage-database/details/nca-proposed-decision-memo.aspx?NCAId=257>.

El texto completo del extracto de este blog puede ser encontrado en el blog de CMS en <http://blog.CMS.gov/2012/02/02>.

**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 201202-11

---

## Todos los pagos de proveedores y suplidores deben ser hechos por transferencia de fondos electrónica

Regulaciones existentes en 42 CFR 424.510(e)(1)(2) requieren que al momento de inscripción, solicitud de petición de cambio, o revalidación, proveedores y suplidores que esperan recibir pago de Medicare para servicios provistos también deben estar de acuerdo en recibir pagos de Medicare a través de transferencia de fondos electrónica (EFT). La Sección 1104 del Affordable Care Act 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 deberán presentar el formulario CMS-588 EFT junto con la solicitud de revalidación de inscripción del proveedor, o al momento en que cualquier cambio esté siendo hecho al registro de inscripción del proveedor por el proveedor o suplidor, u oficial delegado.

Para más información sobre revalidación de inscripción del proveedor, revise el [artículo de edición especial SE1126](#) de *Medicare Learning Network's*, 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 201202-17

## Febrero es el Mes Nacional del Corazón

La enfermedad cardiovascular – incluyendo la enfermedad del corazón y derrame cerebral – es la causa principal de muerte en los Estados Unidos. Cada día 2,200 personas mueren de enfermedades cardiovasculares – eso son 815,000 estadounidenses cada año, o 1 de cada 3 muertes. Las buenas noticias son que muchos de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares como hipertensión, colesterol alto y el fumar pueden ser prevenidos y controlados. Para ayudar, Medicare provee pago para los siguientes beneficios:

- Examen físico preventivo inicial (también conocido como la visita de “Bienvenida a Medicare”)
- Visita de bienestar anual, incluyendo un servicio de plan de prevención personalizado
- Evaluación cardiovascular (colesterol total, lipoproteínas de alta densidad, y pruebas de triglicéridos)
- Terapia de comportamiento intensiva para enfermedad cardiovascular
- Servicios de consejería para cesación del consumo de tabaco



### ¿Qué usted puede hacer?

- Ayudar a personas mayores y otros con Medicare a entender mejor e identificar sus factores de riesgo para enfermedades del corazón y derrame cerebral
- Hable con sus pacientes sobre que pueden hacer para reducir, eliminar, o controlar sus factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y exhortar al uso apropiado de los beneficios preventivos de Medicare que les pueda ayudar a alcanzar estas metas
- Aprenda más y aproveche la información provista por campañas como el Mes Nacional del Corazón y *Million Hearts*, una iniciativa nacional para prevenir 1 millón de ataques al corazón y derrames cerebrales en cinco años

### Para más información

- [Guía de servicios preventivos de Medicare para profesionales de la salud](#)
- [Folleto de beneficios expandidos de MLN](#)
- [Folleto de visita de bienestar anual de MLN](#)
- [Folleto de servicios de consejería para cesación del consumo de tabaco de MLN](#)
- [Determinación de Cobertura Nacional \(NCD\) para terapia de comportamiento intensiva para enfermedad cardiovascular](#)
- [Página Web de productos educativos sobre servicios preventivos de MLN](#)
- [Información de referencia rápida de MLN: gráfica de servicios preventivos de Medicare para proveedores](#)
- Páginas Web de [Mes Nacional del Corazón de CDC](#) y [Pautas y recomendaciones de enfermedad del corazón de CDC](#)
- [Campaña de HHS Million Hearts™](#)
- [Reporte CDC – Million Hearts: Estrategias para reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares](#)

Gracias por unirse a CMS para promover una mayor conciencia sobre enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo, y beneficios preventivos relacionados cubiertos por Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201202-27



## Nuevos recursos educativos para el programa de incentivo de eRx

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha creado un número de recursos útiles para profesionales elegibles que están participando en el programa de incentivo de receta electrónica (eRx) de Medicare, incluyendo:

- [Programa de incentivo de eRx 2012: Ajustes de pago futuros](#) – este artículo provee dirección sobre evitar ajustes futuros de pagos del programa de incentivo de eRx para profesionales elegibles individuales y prácticas de grupos selectas que están participando en la opción de reporte de práctica de grupo (GPRO) de eRx de 2012 (GPRO).
- [Opción de reporte de práctica de grupo del programa de incentivo de eRx y Sistema de reporte de calidad médica 2012: Participación en el pago de incentivo de forma sencilla](#) – esta hoja informativa provee dirección para prácticas de grupo que desean participar en el sistema de calidad médica de 2012 y en el programa de incentivo de eRx de 2012 como práctica de grupo selecta de CMS.
- [Programa de incentivo de eRx 2012: Participación en el pago de incentivo de forma sencilla](#) – esta hoja informativa provee consejos paso a paso para participar en el programa de incentivo de eRx de 2012.
- [Actualizaciones del programa de incentivo de eRx de 2012](#) – esta hoja informativa contiene información sobre cambios al programa de incentivo de eRx de 2012 y ajustes de pago futuros según autorizado por MIPPA.

Para acceder estos y otros productos educativos sobre el programa de incentivo de eRx de Medicare, visite la sección de [“Recursos educativos”](#) de la página Web del [programa de incentivo de receta electrónica](#).

**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 201202-39

---

## La nueva ‘información rápida’ de MLN® resalta la importancia de la documentación médica

Una nueva “información rápida” está ahora disponible en la página Web de [Conformidad del proveedor](#) del [Medicare Learning Network® \(MLN®\)](#). Esta página Web provee los más recientes productos de MLN® diseñados para ayudar a los proveedores por tarifa fija de Medicare a entender – y evitar – errores comunes de facturación y otras actividades impropias. Una nueva “información rápida” es añadida cada mes, así que por favor agregue la página Web de conformidad del proveedor a sus favoritos y visítela frecuentemente.

**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 201202-42

---

## El rol de los contratistas de integridad del programa de zona (ZPIC)

Número de *MLN Matters*: SE1204

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

La meta principal de los contratistas de integridad del programa de zona (ZPIC) es investigar casos sospechosos de fraude, malgasto y abuso a Medicare. Los ZPIC desarrollan investigaciones tempranas y toman acción inmediata para asegurar que el dinero de los fondos fiduciarios sea pagado inadecuadamente. Ellos también identifican cualquier

pago indebido que está en proceso a ser recuperado por el contratista administrativo de Medicare (MAC).

Los ZPIC también respaldan a las víctimas de robo de identidad de Medicare. Un proveedor o suplidor que crea que su información de proveedor pudo haber sido robada y utilizada para someter reclamaciones a Medicare para las cuales se efectuaron pagos pueden solicitar que el ZPIC para su zona investigue el caso.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1204.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1204

**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.

## Horario del programa de exposición al proveedor de *Medicare Learning Network*<sup>®</sup>

### Marque sus calendarios

El *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> estará exponiendo en las siguientes conferencias de proveedores del cuidado de la salud en las próximas semanas:

- [American College of Preventive Medicine](#)  
Miércoles, 22 de febrero hasta el sábado, 25 de febrero  
Orlando, Florida  
Booth #11
- [American Medical Group Association: 2012 Annual Conference](#)  
Miércoles, 7 de marzo hasta el sábado, 10 de marzo  
Manchester Grand Hyatt, San Diego, California  
Booth #802
- [American Medical Student Association](#)  
Jueves, 8 de marzo hasta el domingo, 11 de marzo  
Hyatt Regency Houston, Houston, Texas  
Booth #12
- [National Association of Rural Health Clinics](#)  
Lunes, 19 de marzo hasta el martes, 20 de marzo  
Hyatt Regency, San Antonio, Texas

- [The American College of Cardiology's 61st Annual Scientific Session & Expo](#)

Sábado, 24 de marzo hasta el lunes, 26 de marzo  
Chicago, Illinois  
Booth #19076

- [National Hospice & Palliative Care Organization](#)  
Jueves, 29 de marzo hasta sábado, 31 de marzo  
National Harbor, Md.  
Booth #625

Por favor anote estas fechas y localizaciones y añádalas a su calendario. Si usted está interesado en tener una exposición de CMS *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> en su evento, contáctenos en [MLNexhibits@cms.hhs.gov](mailto: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 201202-42

## Mejoras mayores al sistema de inscripción en línea de Medicare

Durante el pasado año, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han escuchado sus comentarios sobre el sistema de inscripción en línea de Medicare: Internet-based Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS). Como resultado, CMS ha realizado actualizaciones para reducir el tiempo de ingreso de datos e incrementar el acceso a la información.

Los proveedores y el personal que utilizan PECOS basado en Internet ahora verán las siguientes mejoras:

- **Firma electrónica** – ahora usted tiene la habilidad de firmar digitalmente y certificar la aplicación.
- **Acceso a más información** – ahora usted puede ver si una solicitud de revalidación ha sido enviada por su contratista administrativo de Medicare (MAC).
- **Múltiples formas de ver su información** – cambie entre la vista por tema (topic view) y la vista rápida (fast track):
  - La vista rápida le permite revisar rápidamente toda la información de inscripción en una sola pantalla.
- **Usabilidad en general** – CMS está haciendo el sistema más fácil de usar:
  - Usted puede acceder la información de dirección previamente utilizada cuando complete una aplicación.
  - Usted puede actualizar rápidamente y reenviar una aplicación devuelta para corrección vía PECOS basado en Internet como parte de cualquier envío de aplicación.
  - Usted tendrá menos pantallas y pasos para navegar cuando cambie de información o revalide su(s) aplicación(es).

Aprenda más sobre PECOS basado en Internet en <https://PECOS.CMS.hhs.gov>, ¡y manténgase pendiente para más mejoras en los próximos meses!

**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 201202-47

## Publicación de reportes sobre acceso mejorado para prevenir los servicios bajo el Affordable Care Act

El Affordable Care Act *extendió servicios preventivos gratuitos a 54 millones de americanos con seguro de salud privado en 2011; la atención médica preventiva gratuita también proveyó a 32.5 millones en Medicare.*

La secretaria del Departamento de Salud & Servicios Humanos (HHS), Kathleen Sebelius, anunció el miércoles, 15 de febrero que el Affordable Care Act proveyó a aproximadamente 54 millones de americanos con al menos un nuevo servicio preventivo en 2011 a través de sus planes de seguro de salud privado, y que un estimado de 32.5 millones de personas con Medicare recibieron al menos un beneficios preventivo gratuito, incluyendo la nueva visita anual de bienestar. En total, esto significa un estimado de 86 millones de americanos fueron ayudados por las mejoras de cobertura de prevención de la reforma de salud. Los nuevos datos fueron publicados en dos nuevos reportes de HHS.

El Affordable Care Act requiere que muchos planes de seguro provean cobertura sin compartir costo a los enrolados por una variedad de servicios de salud preventivos, tal como examen de colonoscopia para cáncer de colon, prueba Pap y mamogramas para las mujeres, visitas para niños sanos, y vacunas contra la influenza para todos los niños y adultos. La ley también hace de los servicios preventivos probados gratuitos para la mayoría en Medicare.

El reporte sobre la cobertura de seguro de salud privado también examinó la expansión de servicios preventivos gratuitos en poblaciones minoritarias. Los resultados mostraron que un estimado de 6.1 millones de latinos, 5.5 millones de negros, 2.7 millones de asiáticos americanos, y 300,000 nativos americanos con seguro privado recibieron beneficios preventivos expandidos de cobertura en 2011 como un resultado del le nueva ley de la atención médica.

El reporte que discute los servicios preventivos de Medicare encontró que más de 25.7 millones de americanos en Medicare tradicional recibieron servicios preventivos gratuitos en 2011. El reporte también observó a los planes de Medicare Advantage y encontró que 9.3 millones de americanos – 97 por ciento de aquellos en planes individuales de Medicare Advantage – fueron inscritos en un plan que ofreció servicios preventivos gratuitos. Asumiendo que las personas en los planes de Medicare Advantage utilizaron los servicios preventivos al mismo índice de aquellos con Medicare tradicional, un estimado de 32.5 millones de personas se beneficiaron de la cobertura de Medicare de prevención sin costo compartido.

El reporte completo sobre los beneficios preventivos expandidos en seguros de salud privados está disponible en <http://aspe.HHS.gov/health/reports/2012/PreventiveServices/ib.shtml>. El reporte sobre los beneficios preventivos expandidos en Medicare y otras formas que el Affordable Care Act fortalece Medicare está disponible en <http://www.CMS.gov/newsroom>.

El texto completo de este extracto del comunicado de prensa de HHS (emitido el miércoles, 15 de febrero) puede encontrarse en <http://www.HHS.gov/news/press/2012pres/02/20120215a.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 201202-49

---

## Prevención del fraude en el cuidado de la salud y esfuerzos de cumplimiento resultan en nuevos records en recobros que totalizan cerca de \$4.1 billones

El martes, 14 de febrero, el Fiscal General del Estado Eric Holder y la Secretaria de Salud y Servicios Humanos (HHS), Kathleen Sebelius publicaron un nuevo reporte mostrando que los esfuerzos del gobierno para la prevención y cumplimiento del fraude del cuidado de la salud recuperó cerca de \$4.1 billones en dólares de los contribuyentes en el año fiscal (FY) 2011. Esta es la cantidad anual más alta jamás recuperada de personas y compañías que buscaron pagos de los cuales no tenían derecho.

Estos hallazgos, en el reporte Health Care Fraud and Abuse Control Program (HCFAC), son el resultado de que el Presidente Obama ha hecho de la eliminación del fraude, desperdicio, y abuso la prioridad principal en su administración. El éxito de este esfuerzo combinado del Departamento de Justicia y HHS no hubiera sido posible sin el Health Care Fraud Prevention & Enforcement Action Team (HEAT), creado en 2009 para prevenir el fraude, desperdicio, y abuso en los programas de Medicare y Medicaid, y para tomar medidas enérgicas contra los perpetradores del fraude que están abusando del sistema y costando a los contribuyentes americanos billones de dólares. Estos esfuerzos para reducir el fraude continuarán mejorando con las nuevas herramientas y recursos

*Continúa en la página siguiente*

## Prevención...(continuación)

provistos por el Affordable Care Act.

El recientemente promulgado Affordable Care Act provee herramientas adicionales y recursos para ayudar a combatir el fraude y ayudará a intensificar estos esfuerzos, incluyendo unos \$350 millones adicionales para las actividades HCFAC. La administración actualmente está utilizando herramientas autorizadas por el Affordable Care Act, incluyendo los requisitos mejorados de investigación e inscripción, incremento de intercambio de datos en todo el gobierno, esfuerzos expandidos de recobro de sobrepago, y mayor vigilancia de abusos del seguro privado.

Los departamentos también continuaron sus éxitos en el cumplimiento de leyes en contra del fraude civil del cuidado de la salud durante FY 2011. Aproximadamente \$2.4 billones fue recuperado a través de casos de fraude civil del cuidado de la salud traído bajo el False Claims Act (FCA). Estos asuntos incluyeron precio ilegal por manufactureros farmacéuticos, mercadeo ilegal de dispositivos médicos y productos farmacéuticos para uso no aprobado por la FDA, fraude de Medicare por hospitales y otras instituciones del proveedor, y violaciones de leyes contra auto referidos y soborno. Esto marcó el segundo año consecutivo que más de \$2 billones han sido recuperados en asuntos del cuidado de la salud FCA y, desde enero de 2009, el departamento ha utilizado el FCA para recuperar más de \$6.6 billones en dólares federales del cuidado de la salud.

La prevención de fraude y el reporte de cumplimiento anunciado el martes, 14 de febrero coincidió con el anuncio de una regla propuesta de CMS dirigida a recolectar los sobrepagos en el programa de Medicare. Antes del Affordable Care Act, los proveedores y suplidores no enfrentaron una fecha límite explícita para devolver el dinero de los contribuyentes. Gracias al Affordable Care Act, habrá un marco de tiempo específico para el cual los pagos auto identificados deben ser reportados y devueltos.

El reporte anual HCFAC puede encontrarse en <http://oig.HHS.gov/publications/hcfac.asp>. Más información sobre los logros de la prevención del fraude bajo el Affordable Care Act puede encontrarse en <http://www.Healthcare.gov/news/factsheets/2012/02/medicare-fraud02142012a.html>.

El texto completo de este extracto del comunicado de prensa de HHS (emitido el martes, 14 de febrero) puede encontrarse en <http://www.HHS.gov/news/press/2012pres/02/20120214a.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 201202-52

## Consejos de búsqueda de artículos del *MLN Matters*<sup>®</sup>

¿Buscas las últimas noticias y artículos revisados del *MLN Matters*<sup>®</sup>? El *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> ofrece varias formas de buscar y rápidamente encontrar los artículos que le interesan:

- **Motor de búsqueda *MLN Matters*<sup>®</sup>** – una función de búsqueda avanzada que le permite buscar artículos del *MLN Matters*<sup>®</sup> desde el 2004 hasta el presente año. Para más información e instrucciones sobre cómo usar el motor de búsqueda, visite la página Web *MLN Matters Search Tips* en [http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/02\\_Search.asp](http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/02_Search.asp).
- **Índice *MLN Matters*<sup>®</sup>** – una lista de palabras clave comunes y frases contenidas dentro de los artículos dentro de *MLN Matters*<sup>®</sup>. Cada índice es organizado por año con la habilidad de buscar por palabras claves específicas y temas. La mayoría de los índices enlazan directamente a los artículos relacionados. Para una lista de los índices disponibles, visite [http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/01\\_Overview.asp](http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/01_Overview.asp) y busque la sección “Downloads” de la página.
- **Listas dinámicas *MLN Matters*<sup>®</sup>** – un archivo de artículos previos y actuales organizados por año con la habilidad de buscar por palabra clave, número de transmisión, tema, número de artículo, y fecha de publicación. Para ver y buscar los artículos, seleccione el año deseado de la columna izquierda en la página Web del artículo del *MLN Matters*<sup>®</sup> en <http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles>.
- **Lista de correo electrónico *MLN Matters*<sup>®</sup>** – Una notificación gratuita de nuevos y revisados artículos de *MLN Matters*<sup>®</sup> cuando sean publicados. Para más información, incluyendo cómo suscribirse al servicio, visite [http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/downloads/What\\_Is\\_MLNMatters.pdf](http://www.CMS.gov/MLNMattersArticles/downloads/What_Is_MLNMatters.pdf). Usted también puede ver y buscar un archivo de mensajes previos en <http://list.nih.gov/cgi-bin/wa.exe?A0=MLNMATTERS-L>.

**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 201202-65



## Se aproxima PWK

### PWK permite que la documentación sea enviada para una reclamación inicial

Efectivo el 2 de abril de 2012, First Coast Service Options Inc. (FCSO) implementará el segmento PWK (paperwork) del X12N de la versión 5010. Esto permitirá el envío de documentación de sustento para una reclamación electrónica de versión 5010 vía correo o fax (PWK 02 segmento, BM [por correo] o FX [por fax] calificador, respectivamente).

PWK es un segmento dentro del 2300/2400 Loop de las transacciones electrónicas Profesional e Institucional 837 que provee el enlace entre las reclamaciones electrónicas y la documentación adicional. PWK permitirá a los proveedores presentar las reclamaciones electrónicas que requieren documentación adicional y, a través del proceso PWK dedicado, tener la documentación guardada para estar disponible durante la adjudicación de las reclamaciones. Eliminando la necesidad de

desarrollo costoso y permitir a los proveedores y a los contratistas de Medicare utilizar el intercambio electrónico de datos (EDI) eficiente y costo-efectivo, o la tecnología EDI creará unos ahorros de costo significativos.

FCSO hará disponible una portada de fax/correo que los proveedores o socios comerciales usarán para presentar la documentación adicional no solicitada. La portada de fax/correo de FCSO será un formulario interactivo publicado en nuestro sitio Web. Los proveedores o socios comerciales completarán los elementos de datos requeridos y luego podrán imprimir una copia impresa del formulario para enviar por correo o fax con su documentación. **Las modificaciones de la portada de fax/correo no serán permitidas.** Los formularios por separado serán provistos para Parte A y B. FCSO también proveerá números seguros de faxination para aquellos proveedores o socios comerciales que decidan enviar por fax la documentación adicional.

---

## Actualizando información del beneficiario con el contratista de coordinación de beneficios

Número de *MLN Matters*: SE1205

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Este artículo describe iniciativas de ambos, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y el contratista de coordinación de beneficios (COBC), comprometiéndose para mantener información precisa de Medicare como pagador secundario (MSP) para el beneficiario en el archivo de trabajo común (CWF) de Medicare. El mismo incluye información que los proveedores pueden utilizar para entender como estas iniciativas afectarán como ellos reportan la información del beneficiario a COBC.

Ocasionalmente, información presentada al COBC desde cualquier fuente, incluyendo entidades responsables de reportar el plan de seguro grupal, proveedores de servicio, y los beneficiarios mismos pueden estar en conflicto con información de MSP reportada previamente al COBC. Para reducir dichos conflictos, CMS ha desarrollado e implementado un proceso de "jerarquía a reportar" para el manejo de data, el cual administra el COBC.

Existen medidas para ayudar a los proveedores a actualizar los registros de MSP records bajo las siguientes circunstancias:

- Proveedor tratando de actualizar con el beneficiario en la oficina
- Proveedor tratando de actualizar cuando el beneficiario no está en la oficina
- Proveedor con nueva información
- Actualización del proveedor para beneficiario fallecido

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1205.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1205

**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.

## Folleto revisado *Tobacco-Use Cessation Counseling Services*



El folleto "*Tobacco-Use Cessation Counseling Services*" (ICN 006767) ha sido revisado y ahora está disponible para descargar. Este folleto está diseñado para proveer educación sobre los servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco, e incluye información de cobertura para los beneficiarios sintomáticos y asintomáticos como también información sobre consejería para abandonar el uso del tabaco.

**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 201202-65

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Marzo de 2012

Requisitos de firma de Medicare

Cuando: 14 de marzo de 2012  
Hora: 1:00 p.m.-2:30 p.m. AT  
Tipo: webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Codificación del lugar de servicio (POS) para los servicios del médico

Cuando: 28 de marzo de 2012  
Hora: 11:00 a.m.-12:00 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 A Cambios y regulaciones de Medicare

Cuando: 10 de abril de 2012  
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET  
Tipo: webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Medicare Parte B Cambios y regulaciones de Medicare

Cuando: 11 de abril de 2012  
Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET  
Tipo: webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_  
Título del registrante: \_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de 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.

## Facturación

### Nuevas mejoras de sistema permite coleccionar el NPI del médico/profesional de la salud al nivel de línea

Número de *MLN Matters*: MM7578  
 Número de petición de cambio relacionado: 7578  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de febrero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1046OTN  
 Fecha de implementación: FISS: 2 de julio de 2012 y 1 de octubre de 2012, CWF: 1 de octubre de 2012

#### Resumen

Medicare necesita identificar médicos/profesionales de la salud primarios de servicios no solo para uso en transacciones de reclamaciones estándares pero también para revisión, detección de fraude y propósitos de planificación. Para lograr esto, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) deben ser capaz de identificar el médico/profesional de la salud prestando el servicio para cada servicio

de hospitalización/ambulatorio facturado a Medicare y guardar esa información en las bases de datos que sirven como la fuente para el análisis de data.

Con la implementación de la versión 5010 de 837I, CMS puede comenzar coleccionando esta información al nivel de línea permitiendo la habilidad de reportar cada artículo de línea al archivo de trabajo común.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7578.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7578, 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/R1046OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1046, CR 7578

*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.*

### Edición revisada para el código de administración G0010 contra la hepatitis B

Número de *MLN Matters*: MM7692  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2390CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7692 la cual le informa a los contratistas de Medicare que efectivo para reclamaciones procesadas con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, los proveedores del sistema de pago prospectivo para pacientes externos (OPPS) deben presentar el código G0010 para la administración de la vacuna contra la hepatitis B en vez de 90471 o 90472 para asegurar la exención correcta de coaseguro y deducible para la administración de la vacuna de hepatitis B. Si cualquier reclamación conteniendo este código fuera procesada incorrectamente antes de la implementación de CR 7692, usted debe traerlas a la atención de su contratista a partir del 2 de julio de 2012, para ajuste.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7692.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7692, 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/R2390CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2390, CR 7692

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



## Actualización a códigos de aborto asociados con el código de denegación 32809

Número de *MLN Matters*: MM7687 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7687  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2002  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2397CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Note que usted debe utilizar los códigos ICD-9-CM 69.01 y 69.02 o los códigos ICD-10-CM relacionados para describir exactamente el procedimiento o servicio efectuado.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7687.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7687, 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/R2397CP.pdf>.

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7687 anuncia que (efectivo el 1 de octubre de 2002) el código de denegación 32809 fue actualizado con los códigos de condición de aborto corregidos como sigue:

Código de condición	Descripción
AA	Aborto realizado debido a violación
AB	Aborto realizado debido a incesto
AD	Aborto realizado debido a una condición física que pone la vida en peligro

Por favor note que los códigos de condición previos A7 y A8, efectivo el 1 de octubre de 2002, serán discontinuados y reservados para asignación nacional.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2397, CR 7687

**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.

## Inclusión de ICD-10 del tipo de factura 33x

Número de *MLN Matters*: MM7704  
 Número de petición de cambio relacionado: 7704  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1039OTN  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

facturas con ambos tipos de códigos incluidos.

Tenga en cuenta que los tipos de factura 33x que incluyen los códigos ICD-9 y las fechas de servicio o fechas de dadas de alta/hasta las fechas a partir del 1 de octubre de 2013, serán devueltas al proveedor (RTP). En adición, cualquier 33x TOB con fechas antes del 1 de octubre de 2013, las cuales son facturadas con los códigos diagnósticos ICD-10 serán RTP.

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7704 provee una guía sobre el reporte de envío de reclamaciones y los requisitos de rango de fecha para el tipo de factura (TOB) 33x que contiene los códigos *International Classification of Diseases, 10th Edition* (ICD-10). Usted debe incluir los códigos ICD-10 en el TOB 33x que son enviados con las fechas de servicio/dada de alta a partir del 1 de octubre de 2013, y los códigos ICD-9 en aquellas enviadas con fechas de servicio/dada de alta antes de esa fecha. No envíe tales

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7704.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7704, 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/R1039OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1039, CR 7704

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

**Hospital**

**Actualización de 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: 13 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2386CP 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/MLNMattersArticles/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> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2386CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 152, CR 7672 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2386, 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.*

**Actualización al Medicare Claims Processing Manual clarifica las instrucciones claves de facturación para la facturación de hospitalización**

Número de *MLN Matters*: MM7706  
 Número de petición de cambio relacionado: 7706  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 22 de abril de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2388CP  
 Fecha de implementación: 22 de abril de 2012

**Resumen**

La petición de cambio (CR) 7706 clarifica instrucciones de facturación, incluido en el capítulo 3 del *Medicare Claims Processing Manual* pertenecientes a situaciones en las cuales los días de reserva de tiempo de vida (LTR) del beneficiario han sido agotados durante la porción no atípica de una estadía hospitalaria del sistema de pago prospectivo (IPPS).

Un nuevo ejemplo fue añadido como clarificación para mostrar cómo utilizar el código de intervalo de ocurrencia 70 cuando el beneficiario solo tiene días LTR restantes, y estos son agotados durante la estadía.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7706.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7706, 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/R2388CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2388, CR 7706

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

## Actualización a la lista de códigos exentos de reportar presente en admisión (POA) del FY 2012

Número de *MLN Matters*: MM7680

Número de petición de cambio relacionado: 7680

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de enero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R1019OTN

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7680 informa a los hospitales sobre la actualización a los códigos *International Classification of Diseases 9th Edition Clinical Modification (ICD-9-CM)* del año fiscal (FY) 2012 a ser exentos de reportar presente en admisión (POA).

Los códigos ICD-9-CM listados en la sección de *Historial* han sido añadidos o eliminados de la lista de códigos de diagnósticos exentos de reportar un indicador de POA efectivo el 1 de octubre de 2011. Los hospitales (facturando a 5010 o entrando los datos directamente) que han recibido el código de denegación 34931 deben reportar un indicador de POA de "W" para estos códigos en vez de un "blanco" como solución hasta que la lista de exento de POA sea actualizada en los sistemas de Medicare el 2 de julio de 2012. Una lista completa de códigos está disponible en la instrucción de la CR 7680 accesible en la dirección de Web mostrada en la sección *Additional Information* del artículo de *MLN Matters*.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7680.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7680, 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/R1019OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1019, CR 7680

**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.

---

## MPPR para los servicios médicos para ciertos procedimientos de imagen diagnóstica en los hospitales de acceso crítico

Número de *MLN Matters*: MM7684

Número de petición de cambio relacionado: 7684

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2395CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7684 se refiere a los cambios necesarios para implementar reducción de pago de procedimiento múltiple (MPPR) para los servicios del médico para ciertos procedimientos de imagen diagnóstica en los hospitales de acceso crítico (CAH) que han seleccionado el método opcional para la facturación ambulatoria. El pago es realizado al CAH por servicios del médico (código de ingreso (RC) 96x, 97x, o 98x) en el tipo de factura 85x basado en el archivo suplementario de Medicare physician fee schedule (MPFS).

**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.

Cuando el MPPR es aplicado, la remesa de pago mostrará un código de denegación de ajuste de reclamación de 59 (procesado basado en el múltiplo o reglas concurrentes de procedimiento) y un código de grupo de CO (obligación contractual). En adición, deducible y coseguro son basados en la cantidad reducida, pero el 115 por ciento de adición después del deducible y coseguro todavía aplican.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7684.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7684, 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/R2395CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2395, CR 7684

## Preservación de posiciones limitadas de residencia de hospitales cerrados

El lunes, 30 de enero, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron los resultados de sus decisiones sobre cuales hospitales de enseñanza recibirán aumentos en su educación médica para graduados (GME) directa y la educación médica indirecta (IME) equivalente a tiempo completo (FTE) límites de residentes bajo la Sección 5506 del Affordable Care Act. La Sección 5506 del Affordable Care Act dirigió a CMS a desarrollar un proceso para preservar permanentemente las plazas vacantes de residencia financiadas por Medicare de los hospitales de enseñanza que cierran.

La provisión dirigió a CMS a crear un grupo basado en el número de vacantes limitadas de Medicare asociadas con los límites directos de GME y IME de hospitales de enseñanza cerrados. Este grupo de vacantes directas de GME y IME entonces será redistribuido, dándole prioridad a esos hospitales

que están localizados en el mismo CBSA (que el hospital cerrado) o adyacente y que cumplan con otros criterios. Solicitudes para vacantes de la primera ronda de la Sección 5506 – eso es, de los 14 hospitales de enseñanza que cerraron entre el domingo, 23 de marzo de 2008, y el martes, 3 de agosto de 2010 – se debían a CMS para el viernes, 1 de abril de 2011.

Para ver la lista de hospitales revisados bajo esta primera ronda de la Sección 5506, visite [http://www.CMS.gov/AcuteInpatientPPS/06\\_dgme.asp](http://www.CMS.gov/AcuteInpatientPPS/06_dgme.asp) y busque el archivo “Section 5506 Cap Increases Related to Applications Due April 1, 2011” en la sección de “Downloads” de la página.

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

Fuente: CMS PERL 201201-53

## Actualización del archivo del sistema de pago prospectivo de pacientes hospitalizados FY 2012 Pricer

El sistema de pago prospectivo de pacientes hospitalizados (INP PPS) para el año fiscal (FY) 2012 PC Pricer ha sido actualizado con nueva información del proveedor, y ahora está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en [http://www.CMS.gov/PCPricer/03\\_inpatient.asp](http://www.CMS.gov/PCPricer/03_inpatient.asp). Este Pricer es para reclamaciones con fecha desde el 1 de octubre de 2011, hasta el 30 de septiembre de 2012, y la actualización tiene fecha del 7 de febrero de 2012.

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

Fuente: CMS PERL 201202-14

## CMS da a los consumidores acceso a más detalles sobre tasas de infección en hospitales de Estados Unidos – información que salvará vidas, reducirá costos

Las central line-associated bloodstream infections (CLABSI) están entre las más serias de todas las infecciones asociadas al cuidado de salud, resultando en miles de muertes cada año y cerca de \$700 millones en costos añadidos al sistema del cuidado de la salud de E.U. El martes, 7 de febrero, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron que el Hospital Compare ahora incluirá información sobre cuán frecuente estas infecciones prevenibles ocurren en unidades de cuidado intensivo en hospitales en todo el país. Este paso hará responsables a los hospitales para bajar estas tasas, salvando miles de vidas y millones de dólares cada año.

Los Centers for Disease Control and Prevention estiman que en el 2009, habían alrededor de 41,000 CLABSI en hospitales de E.U. Estudios muestran que hasta 25% de pacientes que contraen CLABSI morirán por la infección. El cuidado de un paciente con CLABSI añade sobre \$17,000 a una hospitalización. Estas infecciones prolongan las hospitalizaciones y

pueden causar la muerte.

Hospital Compare es una de las herramientas de Web más populares de Medicare. El sitio recibe sobre 1 millón de vistas a la página cada mes y está disponible en inglés y en español. Hay más información sobre Hospital Compare en línea en <http://www.HospitalCompare.HHS.gov>.

Para ver el video de CMS de Nancy Foster, Vice Presidente de Quality and Patient Safety Policy del American Hospital Association, discutiendo el Hospital Compare, visite el [canal de YouTube de CMS](#).

El texto completo de este extracto del comunicado de prensa de CMS (emitido el martes, 7 de febrero) puede ser encontrado en <http://www.CMS.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=4260>.

**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 201202-21



## Nuevo PEPPER a corto plazo a ser publicado en febrero

Una nueva versión del programa de cuidado intensivo a corto plazo para evaluar el reporte de patrones electrónicos de pago (ST PEPPER), con estadísticas hasta el final del cuarto trimestre del año fiscal (FY) 2011, estarán pronto disponibles para hospitales de cuidado intensivo a corto plazo (STACH) a nivel nacional. Esta versión de PEPPER incluye una nueva área objetivo, “Spinal Fusions.”

El PEPPER provee data de estadísticas específicas de hospital sobre las altas de Medicare en 30 áreas que pueden estar en riesgo de pagos indebidos de Medicare. Los hospitales pueden usar PEPPER para respaldar auditorías internas y monitorear actividades. El PEPPER es un reporte gratis comparando las prácticas de facturación de un hospital de Medicare con otros hospitales en el estado, contratista administrativo de Medicare (MAC) o jurisdicción fiscal intermediaria (FI) y nación. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha contratado a TMF Health Quality Institute para desarrollar y distribuir los reportes.

El PEPPER será distribuido electrónicamente a STACH a través de un intercambio seguro de archivos My QualityNet para administradores de hospital de QualityNet y cuentas de usuarios con el rol de receptor de PEPPER para el viernes, 24 de febrero. Los usuarios pueden acceder el [“Guía de usuarios de ST PEPPER”](#) para más información.

**Nota:** Para esta versión de PEPPER, las estadísticas de área de objetivo “PTCA with Stent” están suprimidas debido a problemas identificados en el almacén de datos de reclamaciones nacionales de Medicare.

CMS anima a los hospitales a [proveer comentarios sobre PEPPER](#) para que los informes puedan ser continuamente mejorados.

**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 201202-60

---

## Hoja informativa revisada *Critical Access Hospital*

La hoja informativa revisada *“Critical Access Hospital”* (ICN 006400) está ahora disponible en formato descargable. Esta hoja informativa incluye información de historial, así como también información sobre designación de hospital de acceso crítico (CAH), pagos CAH, principios de pago de costo razonable que no aplican a los CAH, elección del método estándar de pago o método de pago opcional (electivo), financiamiento transferible rural de Medicare para ciertos servicios de anestesia, pago de incentivos, y becas para estados bajo el programa de flexibilidad de hospital rural 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 201202-65

## Pagos Prospectivos

### Actualizaciones del PPS PC Pricer de salud en el hogar para el CY 2012

El sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) del año calendario (CY) 2012 PC Pricer está ahora disponible para descargar. El HHA PC Pricer está en la página Web, [http://www.cms.gov/PCPricer/05\\_HH.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/05_HH.asp), bajo la sección de Downloads. Si usted utiliza el HHA PPS PC Pricer del CY 2012, por favor vaya a la página arriba indicada y descargue la versión más 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 201201-54

---

## Actualización de archivo del sistema de pago prospectivo para el centro siquiátrico hospitalario FY 2012 Pricer

El sistema de pago prospectivo para el centro siquiátrico hospitalario (IPF PPS) para el año fiscal (FY) 2012 PC Pricer ha sido actualizado con la información del proveedor más reciente, y está ahora disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en [http://www.cms.gov/PCPricer/09\\_inpsy.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/09_inpsy.asp). Este Pricer es

para reclamaciones con fecha desde el 1 de octubre de 2011 hasta el 30 de septiembre de 2012, y la actualización tiene fecha del 10 de febrero de 2012.

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

Fuente: CMS PERL 201202-30

## Centros de Enfermería Especializada

### Requisitos para presentación del código de ocurrencia 16 y presentación de fechas de evaluación para SNF y camas de uso múltiple

Número de *MLN Matters*: MM7717 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7717  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2399CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7717 descontinúa el requisito del código de ocurrencia 16 para centros de enfermería especializada (SNF) y proveedores de camas de uso múltiple (SB) y actualizaciones de las instrucciones para presentar fechas de evaluación.

La CR 7717 instruye que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están descontinuoando el requisito para SNF y proveedores de SB para reportar el código de ocurrencia 16 para indicar el último día de los servicios de terapia.

En adición, CR 7717 actualiza las ediciones del sistema actual de Medicare para añadir los siguientes indicadores de evaluación (AI) que solamente requiere el código de ocurrencia 50 (presentación de fechas de evaluación) para una evaluación que produce dos códigos de sistema de pago prospectivos de seguro de salud (HIPPS) requeridos en la reclamación: 0A, 0B, 0C, 1A, 1B, 1C, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B, 3C, 4A, 4B, 4C, 5A, 5B, y 5C.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7717.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7717, 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/R2399CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2399, CR 7717

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

### Actualización del sistema de pago prospectivo de SNF hospitalaria PC Pricer FY 2012

El sistema de pago prospectivo de enfermería especializada hospitalaria (SNF PPS) PC Pricer para el año fiscal (FY) 2012 ha sido actualizado con la información del proveedor más reciente, y está ahora disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en [http://www.cms.gov/PCPricer/04\\_SNF.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp). Este Pricer es para reclamaciones con fecha desde el 1 de octubre de 2011 hasta el 30 de septiembre de 2012, y la actualización tiene fecha del 10 de febrero de 2012.

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

Fuente: CMS PERL 201202-29

## Información General

### Aumento de tarifas de pago para clínicas de salud rural y centros de salud con cualificación federal

Número de *MLN Matters*: MM7533 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7533  
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de enero de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2406CP  
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7533, la cual provee instrucciones para los aumentos de tarifas de pago para el año calendario (CY) 2012 para clínicas de salud rural (RHC) y servicios de centros de salud con cualificación federal (FQHC) a partir del 3 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012, (i.e., CY 2012) como sigue:

- El límite de pago superior de RHC por visita ha aumentado de \$78.07 a \$78.54.
- El límite de pago superior de FQHC por visita para los FQHC urbanos ha aumentado de \$126.22 a \$126.98 y el límite de pago máximo de Medicare por visita para los FQHC rurales ha aumentado de \$109.24 a \$109.90.

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7533, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2406CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2406, CR 7533

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

---

### Actualización – facturación ‘sin pago’ de los centros de rehabilitación hospitalarios para pacientes de Medicare Advantage

Número de *MLN Matters*: MM7674  
Número de petición de cambio relacionado: 7674  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de enero de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: R2393CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7674 le provee a los hospitales con instrucciones actualizadas sobre la presentación de facturas “sin pago” del centro de rehabilitación hospitalario (IRF) para pacientes de Medicare Advantage (MA).

Efectivo el 1 de julio de 2012, los IRF deben presentar el código case mix group (CMG) del instrumento de evaluación del paciente (PAI) del IRF para

reclamaciones “sin pago” (factura tipo 111 con un código de condición 04) para pacientes de MA con altas a partir del 1 de octubre de 2011. No utilice el código predeterminado A9999 de CMG, ya que no será un código válido para reclamaciones recibidas a partir del 1 de julio de 2012.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7674.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7674, 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/R2393CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2393, CR 7674

**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 sistema – reporte del NPI del proveedor que presta servicios para el PCIP para los hospitales de acceso crítico

Número de *MLN Matters*: MM7686 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7686  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2403CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7686 instruye a los contratistas de Medicare a implementar una actualización de sistema para incluir el campo de “Rendering Provider” para permitir el reporte correcto del identificador nacional del proveedor (NPI) para el programa de incentivo de cuidado primario (PCIP) para hospitales de acceso crítico (CAH) reembolsados bajo el método opcional.

Hasta la implementación de CR 7686, usted debe utilizar el campo de “Rendering Provider” 837I versión 5010A2 (loop 2310D) en vez del campo “Other Operating Physician” (loop 2310C). El campo “Rendering Provider” en el 837I debe ser llenado con el NPI del médico elegible de cuidado primario para que los servicios de cuidado primario puedan cualificar para el bono de incentivo.

**Nota:** Usted debe continuar utilizando el loop 2310C para propósitos de reportar PCIP hasta la implementación de esta instrucción. Efectivo el 1 de julio de 2012, usted debe comenzar utilizando loop 2310D.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7686.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7686, 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/R2403CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2403, CR 7686

*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 al PCIP para hospitales de acceso crítico pagados bajo el método opcional

El martes 15 de noviembre de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron un mensaje de Listserv con instrucciones de facturación para hospitales de acceso crítico (CAH) pagados bajo el método opcional en relación con el programa de pago de incentivo de cuidado primario (PCIP). El mensaje instruyó a los proveedores de CAH a continuar sometiendo sus identificadores nacional del proveedor (NPI) utilizando el campo “other provider” localizado en loop 2310C en el formato de la reclamación electrónica corriente.

Después de investigaciones adicionales, CMS ha determinado que, en adición a reportar el NPI en loop 2310C, los proveedores de CAH van a tener que reportar el mismo NPI así como también la información que es requerida en loop 2310B definida como “operating physician.” Esto asegurará que las reclamaciones de CAH sometidas utilizando el comité de estándares acreditados (ASC X12) versión 5010A2 continúen recibiendo su bono de PCIP sin ninguna interrupción.

La petición de cambio 7686 ha sido creada y será implementada por contratistas para actualizar los sistemas de Medicare para asignar los pagos de bono de PCIP basado en el NPI del loop 2310D, “rendering physician.” Sin embargo, hasta la implementación exitosa de CR 7686 – la cual se espera ocurra en julio – el reportar el NPI para los pagos de bono de PCIP debe continuar según descrito 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 201201-47



## Hoja informativa revisada *Swing Bed Services*

La hoja informativa “*Swing Bed Services*” (ICN 006951) ha sido revisada y ahora está disponible en formato descargable. La misma incluye información sobre historial, requisitos que aplican a hospitales y hospitales de acceso crítico, y pagos por servicios de camas de uso múltiple.

**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 201201-55

---

## Actualización de archivo del sistema de pago prospectivo de rehabilitación hospitalaria FY 2012 Pricer

El sistema de pago prospectivo de rehabilitación hospitalaria (IRF PPS) PC Pricer del año fiscal (FY) 2012 ha sido actualizado con la información del proveedor más reciente, y está ahora disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en [http://www.cms.gov/PCPricer/06\\_IRF.asp](http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp). Este Pricer es para reclamaciones con fecha desde el 1 de octubre de 2011 hasta el 30 de septiembre de 2012, y la actualización tiene fecha del 10 de febrero de 2012.

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

Fuente: CMS PERL 201202-31

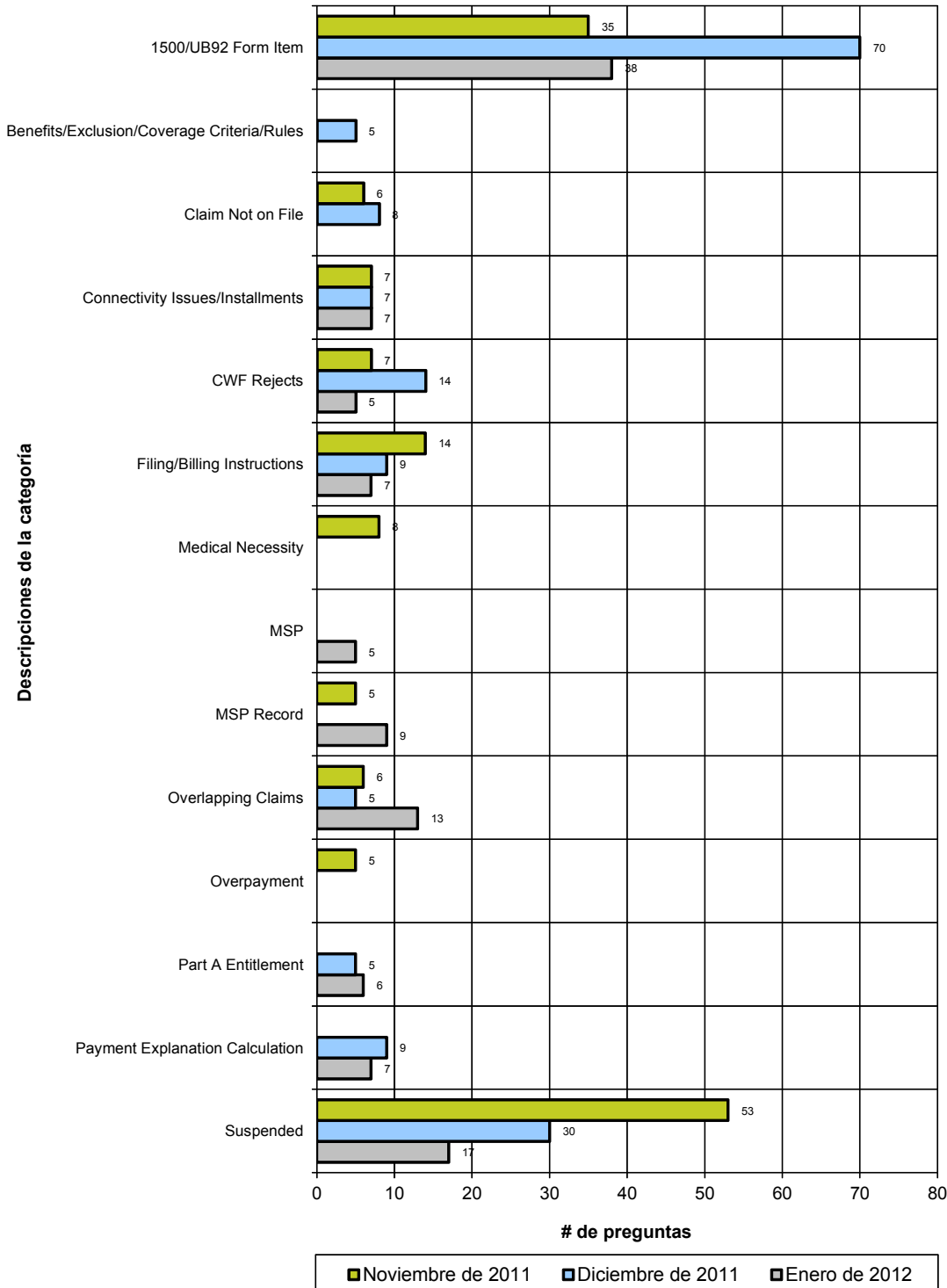
### Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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.

## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en noviembre 2011-enero 2012

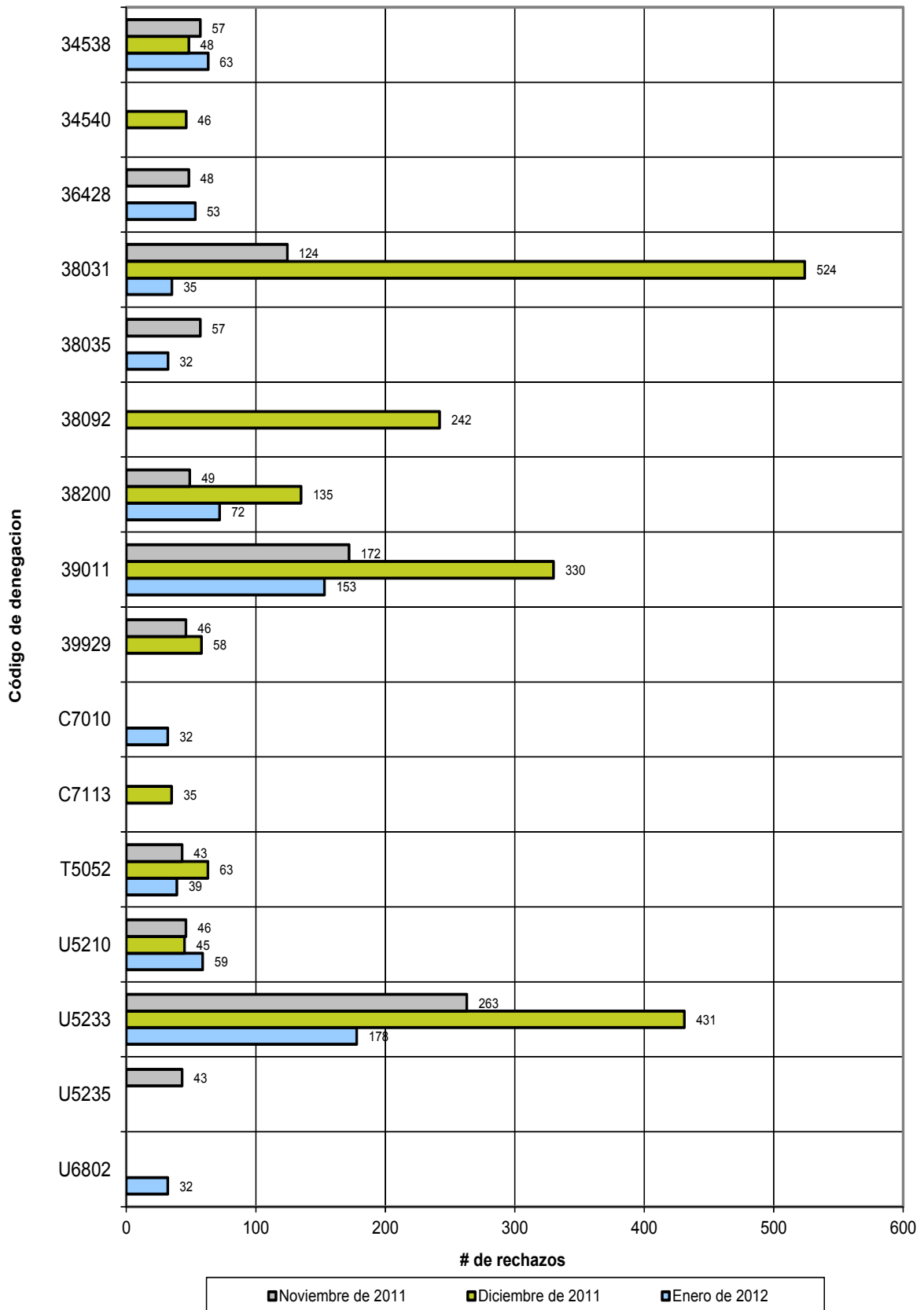
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de noviembre 2011-enero 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet [http://medicareespanol.fcs.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fcs.com/Preguntas_y_denegaciones/)

**Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2011-enero de 2012**



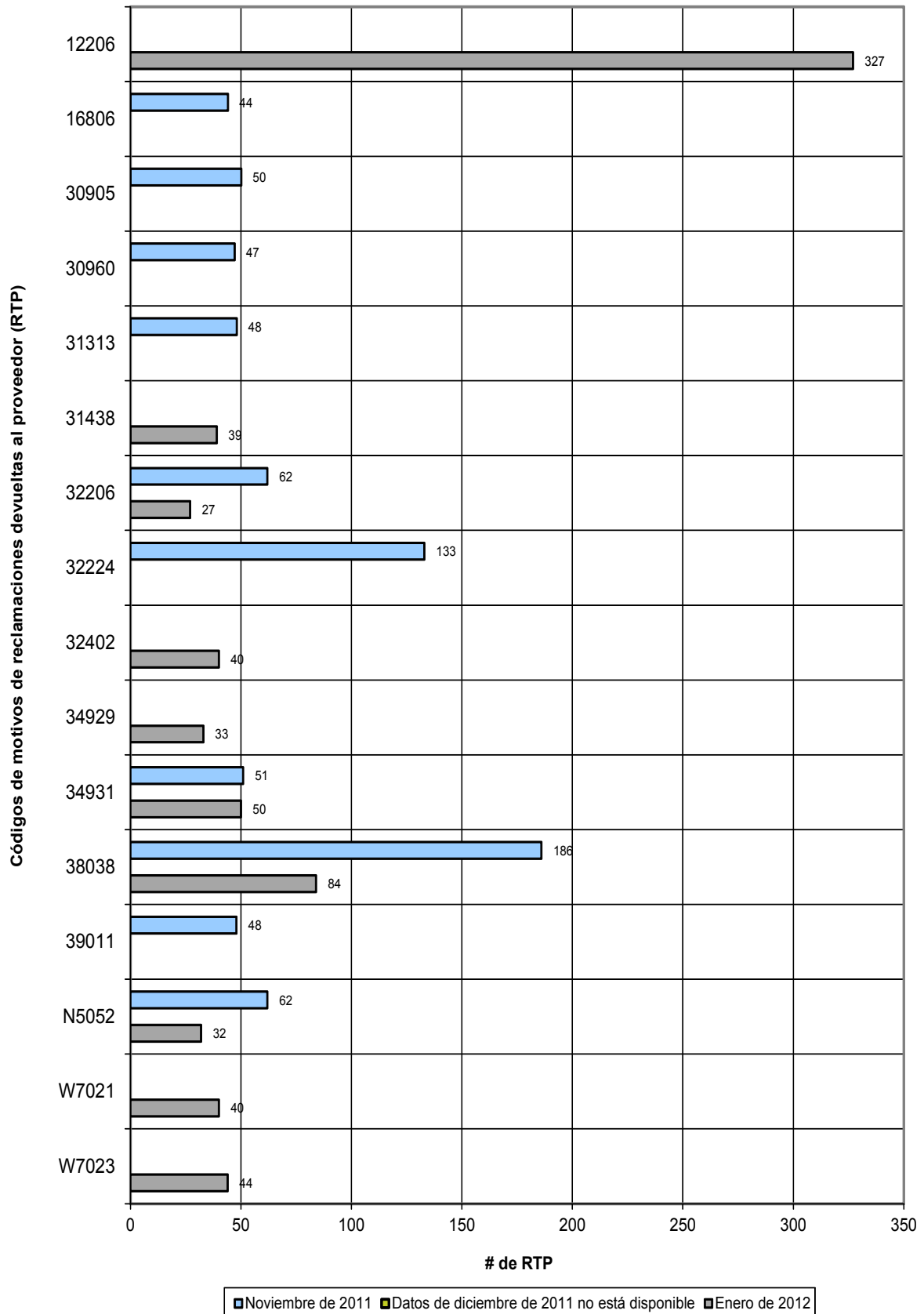
Gráficos...(Continuación)

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en noviembre de 2011-enero de 2012



Gráficos...(Continuación)

**Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en noviembre de 2011-enero de 2012**





## Formulario de Parte A

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

*(Todos los cheques hechos para “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

#### Atencion 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

#### Atencion al cliente – libre de cargo

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

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

1-800-754-7820

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

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

### DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

## Facturación

### Nuevas actualizaciones del sitio web: Programa de comentarios médicos y reportes de utilización de calidad y recurso

**Actualizaciones del sitio web:** La [sección del sitio web de CMS](#) programa de comentarios médicos y los reportes de utilización de calidad y recurso (QRUR) ha sido actualizada. Una [página de descripción](#) más detallada, una [página de historial](#) de nuevo programa, detalles de llamadas nacionales del proveedor y eventos, documentos descargables, e información nueva del programa y actualizaciones han sido añadidas.

**Información importante sobre los QRUR para el año de programa 2010 añadido:** En septiembre de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) enviaron los QRUR a 35 consultorios de grupos de médicos los cuales participaron de la opción de consultorios de grupos de médicos del sistema de informe de calidad médica. Un modelo del informe de grupo, descripción de metodología e información adicional sobre estos reportes están disponibles en [http://www.cms.gov/PhysicianFeedbackProgram/Downloads/QRURs\\_for\\_Medical\\_Practice\\_Groups.pdf](http://www.cms.gov/PhysicianFeedbackProgram/Downloads/QRURs_for_Medical_Practice_Groups.pdf). En marzo del 2012, CMS distribuirá los QRUR a más de 20,000 médicos individuales practicando en la jurisdicción 5 del contratista administrativo de Medicare, la cual incluye Kansas, Iowa, Missouri y Nebraska; un modelo de informe de médico individual, descripción de metodología e información adicional sobre estos reportes también están disponibles en [http://www.cms.gov/PhysicianFeedbackProgram/Downloads/QRURs\\_for\\_individual\\_physicians.pdf](http://www.cms.gov/PhysicianFeedbackProgram/Downloads/QRURs_for_individual_physicians.pdf).

#### Materiales de llamada nacional al proveedor/evento:

- Materiales de la llamada nacional del proveedor del miércoles, 21 de diciembre ahora publicados: La transcripción escrita y grabación de audio completa de la llamada nacional del proveedor del miércoles, 21 de diciembre titulada “Estandarización de pago y ajuste de riesgo” están ahora disponible. Para ver estos materiales, visite <http://www.CMS.gov/PhysicianFeedbackProgram/PFP/itemdetail.asp?itemID=CMS1254988>.
- Nueva presentación educacional disponible: Esta presentación educacional, grabada el lunes, 19 de diciembre, provee información sobre el programa de comentario médico y los QRUR para el año de programa 2010, así como también enlaces a información adicional. Para ver todos los materiales para este evento – incluyendo una presentación de diapositivas, grabación de audio, transcripción escrita, y un video de presentación de diapositivas de YouTube – visite <http://www.CMS.gov/PhysicianFeedbackProgram/PFP/itemdetail.asp?itemID=CMS1255707>.

Dado el alcance del programa de comentario médico y las actualizaciones recientes del contenido, CMS le insta a que visite el sitio web del programa en <http://www.CMS.gov/PhysicianFeedbackProgram>.

**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 201202-25

---

### Actualizaciones de enero de 2012 al sitio web de Physician Compare

El jueves, 26 de enero, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron su mejora trimestral en el sitio web de Physician Compare. Las mejoras fueron basadas en recomendaciones hechas durante las pruebas de julio de 2011 así como también sugerencias de usuarios y partes interesadas. Esto es parte del esfuerzo continuo de la agencia para mejorar la precisión de la información del sitio web de Physician Compare y facilitar el uso.

#### ¿Qué hay de nuevo?

- Actualizaciones de páginas: La página principal del sitio web, resultados y páginas de perfil fueron actualizadas y el contenido fue reorganizado para hacerlo más fácil para los proveedores y beneficiarios encontrar información. Por ejemplo, una nueva opción de menú, “Provider Resources,” es un enlace directo que los proveedores pueden utilizar para encontrar información sobre actualizar su información del Sistema de Inscripción de Proveedor en línea (PECOS).
- Herramienta de comentarios mejorada: La herramienta ahora le permite a los proveedores y beneficiarios contactar a los administradores de Physician Compare directamente con preguntas o preocupaciones.

Para información adicional sobre nuevas publicaciones futuras y actualizaciones visite el [sitio web de Physician Compare](#).

**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 201202-64

**PQRS**

**Actualización del programa de Sistema de Reporte de Calidad Médica – error de reclamaciones de medida #235**

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado recientemente un error relacionado a la sumisión de la medida #235, “Hipertensión: Plan de Cuidado,” para el Sistema de Reporte de Calidad Médica 2012. “Hipertensión: Plan de Cuidado” es una medida de registro/reclamaciones con códigos-G que están inactivos debido a un error encontrado en la cinta de HCPCS. Por consiguiente, esto ha resultado en reclamaciones que contienen los códigos-G asociados con la medida siendo rechazada por la aseguradora/contratistas administrativos de Medicare (MAC) o denegada.

Los códigos G8675, G8676, G8677, G8678, G8679, G8680 y 4050F serán reactivados con la próxima actualización de la cinta HCPCS en abril 2012. Para informes basados en reclamaciones de 2012, el PQRS requiere al menos tres medidas para cada uno ser reportado a una tasa de 50 por ciento. Mientras tanto, profesionales elegibles que tenían la intención de reportar esta medida a través de reclamaciones para el PQRS de 2012 puede que deseen considerar tomar los siguientes pasos:

- Los profesionales elegibles tal vez quieran considerar reportar medidas adicionales para sustituir la medida #235, “Hipertensión: Plan de Cuidado.”
- “Hipertensión: Plan de Cuidado” es una medida por visita, la cual requiere reportar para 50 por ciento de visitas de pacientes elegibles. Por lo tanto, profesionales elegibles podrían reportar la medida en más de 50 por ciento de visitas elegibles desde abril hasta diciembre 2012 para aumentar la probabilidad de presentación de informes de la medida exitosamente.

Para información adicional, visite la página Web del [Sistema de Reporte de Calidad Médica](#) en el sitio web de CMS.

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

Fuente: CMS PERL 201202-63

**Nuevos recursos educacionales para el Physician Quality Reporting System**

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado un número de recursos de gran utilidad para los profesionales elegibles participantes en el Physician Quality Reporting System, incluyendo:

[2012 Physician Quality Reporting System: Registry Reporting Made Simple](#) – este documento describe el reporte basado en registro y describe los pasos que los profesionales elegibles o prácticas deben tomar cuando seleccionan un registro para trabajar para el año del programa 2012.

[2012 Physician Quality Reporting System: Electronic Health Record \(EHR\) Reporting Made Simple](#) – este documento describe el reporte basado en EHR y describe los pasos que los profesionales elegibles deben tomar cuando seleccionan un EHR para trabajar para el programa 2012.

[2012 Physician Quality Reporting System: Maintenance of Certification Program Incentive Made Simple](#) – esta hoja informativa provee los pasos para la participación exitosa en el Maintenance of Certification Program Incentive. También explica el rol de la entidad calificada Maintenance of Certification Program Incentive.

[2012 Physician Quality Reporting System: Claims-Based Coding and Reporting Principles](#) – este documento describe las reclamaciones basadas en codificación y reporte y describe los pasos que los profesionales elegibles o prácticas deben tomar antes de participar en el 2012 Physician Quality Reporting.

[2012 Physician Quality Reporting System: Made Simple for Reporting the Preventive Care Measures Group via Claims](#) – esta hoja informativa provee una guía para reportar satisfactoriamente el Preventive Care Measures Group via reclamaciones para el 2012 Physician Quality Reporting.

[Physician Quality Reporting System: Updates for 2012](#) – esta hoja informativa incluye información importante sobre los cambios al Physician Quality Reporting System para 2012, como fue autorizado por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA).

[2012 Physician Quality Reporting System and Electronic Prescribing \(eRx\) Incentive Program Group Practice Reporting Option \(GPRO\): Participation for the Incentive Payment Made Simple](#) – esta hoja informativa provee una guía para las prácticas de grupo que desean participar en el 2012 Physician Quality Reporting System y el

**Continúa en la página siguiente**



## Nuevos recursos...(Continuación)

programa de incentivo 2012 eRx como una práctica de grupo seleccionada por CMS.

[2012 Physician Quality Reporting System Medicare EHR Incentive Pilot: Quick Reference Guide](#) – esta guía de referencia rápida provee dirección para los profesionales elegibles que participan en el programa de incentivo EHR de Medicare para reportar y satisfacer los requisitos de medida de calidad clínica (CQM) a través de participación en el incentivo piloto de EHR de Physician Quality Reporting System-Medicare.

[2012 Physician Quality Reporting System: Claims Reporting Made Simple](#) – este documento describe las reclamaciones basadas en reporte y describe los pasos que los profesionales elegibles o prácticas deben tomar antes de participar. También provee consejos de reporte de gran ayuda para los profesionales elegibles y su personal de facturación.

Para acceder a estos y otros productos educacionales sobre el Physician Quality Reporting System, visite la sección [“Educational Resources”](#) de la página Web de [Physician Quality Reporting System](#).

**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 201202-40

---

## 2012 Sistema de Reporte de Calidad Médica – principios de reporte y codificación basada en reclamaciones

Número de *MLN Matters*: SE1207

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 Sistema de Reporte de Calidad Médica es un programa de reporte voluntario, el cual provee un incentivo de pago a consultorías con profesionales elegibles quienes satisfactoriamente reportan data sobre medidas de calidad para servicios cubiertos por el manual de tarifas fijas para médicos de Medicare prestados a beneficiarios de tarifa fija de la Parte B de Medicare.

Este artículo de edición especial provee información sobre lo siguiente:

- Cómo comenzar
- Principios de codificación y reporte – consejos al reportar a través de reclamaciones
- Sometiendo códigos de calidad de datos (QDC)
- Principios para reportar los QDC
- Remesa de pago/explicación de beneficios
- Puntualidad al someter data de calidad

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1207.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1207

**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

### Instrucciones de codificación revisadas y clarificadas del lugar del servicio

Número de *MLN Matters*: MM7631  
 Número de petición de cambio relacionado: 7631  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2407CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 7631 como resultado de hallazgos consistentes por la Oficina del Inspector General (OIG) que indica que los médicos y suplidores frecuentemente reportan el lugar del servicio (POS), en el cual ellos prestan los servicios, incorrectamente. Esta facturación impropia es particularmente problemática cuando el médico y otros suplidores prestan servicios en los hospitales ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria (ASC).

El CR 7631 provee instrucciones sobre la asignación de los códigos POS para todos los servicios pagados bajo el Medicare physicians fee schedule (MPFS) y para ciertos servicios provistos por laboratorios independientes. En adición, brinda instrucciones para los componentes profesionales y técnicos de pruebas diagnósticas y establece una política nacional para la asignación correcta de los códigos POS.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7631.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7631, 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/R2407CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2407, CR 7631

*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 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7681  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de febrero de 2012  
 Fecha de efectividad: 27 de enero de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R407PI  
 Fecha de implementación: 27 de enero de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7681 relacionada 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/MLN MattersArticles/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/R407PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 407, 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.

## CMS anuncia 11 nuevas ‘pruebas con dispensa’ aprobadas por el FDA

Número de *MLN Matters*: MM7694

Número de petición de cambio relacionado: 7694

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2408CP

Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

### Resumen

El artículo de *Medicare Learning Network (MLN) Matters*® anuncia las últimas 11 pruebas que el Food and Drug Administration (FDA) aprobó como “pruebas con dispensa” bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988 (CLIA). Sin embargo, la reclamación para una “prueba con dispensa” aprobada por el FDA debe ser presentada con el modificador QW.

Para el 2012, el Nuevo código 86386 fue desarrollado para la prueba cualitativa “nuclear matrix protein 22” (NMP22). Por lo tanto, el código asignado a la prueba Matritech, Inc. NMP22® BladderCheck™ para uso profesional y uso en el hogar con receta cambió a 86386 QW con fecha efectiva del 1 de enero de 2012.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7694.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7694, 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/R2408CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2408, CR 7694

*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.

---

## Interacción del MPPR en procedimientos de imagen y el límite de sistema de pago prospectivo para pacientes externos

Número de *MLN Matters*: MM7703

Número de petición de cambio relacionado: 7703

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1040OTN

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7703, el cual anuncia que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están descontinuoando el uso de la cantidad “límite global” para calcular los pagos globales para ciertos procedimientos de imagen diagnóstica.

Medicare implementó la regla de reducción de pago de procedimiento múltiple (MPPR) en el componente técnico (TC) de ciertos procedimientos de imagen diagnóstica en el 2006; CR 7703 es un recordatorio de que efectivo el 1 de enero de 2012, el MPPR también está siendo aplicado al componente profesional (PC) de tales servicios.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7703.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7703, 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/R1040OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1040, CR 7703

*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.

## Reporte de facturación comparativo sobre la imagen diagnóstica avanzada

El jueves, 16 de febrero, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicarán un reporte de facturación comparativo (CBR) nacional del proveedor sobre la imagen diagnóstica avanzada.

Los CBR, producidos por Safeguard Services bajo contrato con CMS, contienen gráficas y tablas de data con una explicación de hallazgos que hacen comparación de los patrones de pago y facturación de un proveedor para sus compañeros que se encuentran en su estado y en toda la nación.

Estos reportes no están disponibles para nadie, excepto para los proveedores que los reciben. Para asegurar la privacidad, CMS presenta solamente información resumida de facturación; información de casos específicos o pacientes no está incluida. Estos reportes son un ejemplo de una herramienta que ayuda a los proveedores a entender mejor las reglas de facturación aplicables a Medicare y a mejorar el nivel de cuidado que ellos proveen a sus pacientes de Medicare. CMS ha recibido comentarios de un número de proveedores que este tipo de data es muy útil para ellos y nos animaron a producir más CBR y ponerlos a disposición de los proveedores.

Para más información y para revisar una muestra del CBR de imagen diagnóstica avanzada, por favor visite el sitio web de CBR en [www.CBRservices.com](http://www.CBRservices.com) o llame a asistencia al proveedor de SafeGuard Services, equipo de apoyo de CBR al 530-896-7080.

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

Fuente: CMS PERL 201201-48

## Se necesitan médicos voluntarios para una prueba piloto de las actividades de educación continua

El *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> (MLN<sup>®</sup>) ofrece información oficial de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para los proveedores de servicios por tarifa fija de Medicare, diseñado para ayudar a aumentar el entendimiento del programa de Medicare y mantenerse al día en cambios en el programa de política, y para proveer la información necesaria para facturar correctamente. Los voluntarios para la prueba piloto de MLN<sup>®</sup> son voluntarios no remunerados cuyos comentarios ayudan a evaluar las actividades y a determinar el tiempo promedio de aprendizaje para calculaciones de crédito.

CMS aprecia la ayuda de sus voluntarios, ya que les ayuda a mejorar los materiales educativos creados para hacer a Medicare más fácil de navegar para la comunidad de proveedores. Para ser voluntario, envíe un correo electrónico a [CE\\_Issues@cms.hhs.gov](mailto:CE_Issues@cms.hhs.gov) con "Pilot Test" en la línea de asunto.

**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 201201-55

## Reprocesamiento de reclamaciones de imagen diagnóstica avanzada denegadas por error

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han recibido reportes indicando que los proveedores están recibiendo denegaciones para los servicios de imagen diagnóstica avanzada (ADI) que ellos han sido acreditados para realizar. CMS ha tomado acción para corregir la situación. CMS ha instruido a todos los contratistas a revisar cada denegación de reclamación ADI y reprocesar aquellas reclamaciones que fueron consideradas denegadas incorrectamente en forma oportuna. **Los proveedores no necesitan tomar ninguna acción por el momento.**

**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 201202-55



## Programa de incentivo eRx 2012 – ajustes de pagos futuros

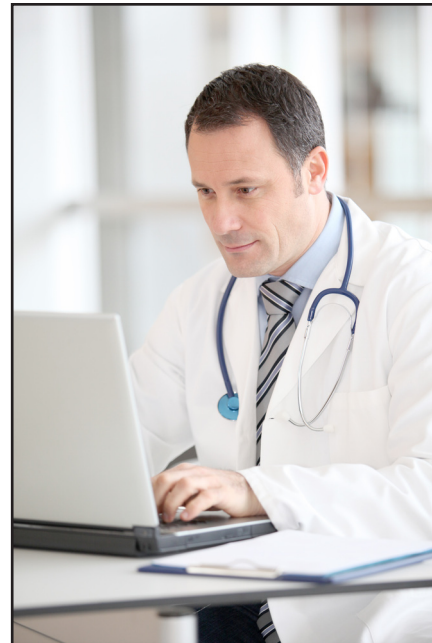
Número de *MLN Matters*: SE1206  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Comenzando en 2012, el programa de incentivo de prescripción médica electrónica (eRx) aplica un ajuste de pago a los profesionales elegibles que no son prescriptores electrónicos exitosos de sus servicios de Medicare Parte B. Específicamente, si el profesional elegible no es un prescriptor electrónico exitoso por el periodo de reporte respectivo para el año del programa apropiado, la cantidad de Medicare physician fee schedule (MPFS) para los servicios profesionales cubiertos durante el año serán un por ciento menos que la cantidad MPFS que aplicaría de otra manera.

El artículo de edición especial provee información sobre lo siguiente:

- Criterio de exclusión
- Cómo evitar el ajuste
- Solicitud de contratiempo
- Comentario de participación



### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1206.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1206

**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.

## Solo un receptor de ERA por NPI o identificación de legado – comenzando el 1 de abril

Antes de la implementación de HIGLAS (el Healthcare Integrated General Ledger Accounting System), el sistema de multi-carrier (MCS) de Medicare creó solo un cheque por remitente, identificador nacional del proveedor (NPI), o identificación de legado. Cada remitente/NPI/identificación de legado podía tener múltiples receptores de remesa electrónica; MCS utilizaría la identificación de remitente que presenta cada reclamación para ayudar en la determinación de a quien se le debe enviar la remesa. Por cada cheque que fue creado, MCS también creó una remesa de pago electrónica (ERA), la cual reportó de manera precisa la cantidad del pago para esa ERA.

Cuando un contratista administrativo de Medicare (MAC) hace transición a HIGLAS, solo un cheque puede ser producido por NPI/identificación de legado. La lógica del viejo sistema de MCS, la cual tomó la información del remitente en cuenta cuando estaba generando la remesa, no fue cambiada cuando los MAC comenzaron su transición a HIGLAS; en algunos casos, el resultado fue una remesa de pago que no

contenía todas las reclamaciones procesadas en un ciclo dado o una remesa de pago que contiene pagos que no totalizaban a la cantidad de la Transferencia de fondos electrónica (EFT) o cantidad del cheque.

Para poder producir remesas de pago electrónicas con precisión que coincidan con la cantidad del cheque/EFT, MCS estará cambiando su lógica efectivo el domingo, 1 de abril de 2012 – y ya no considerará la información del remitente cuando cree los archivos de ERA. Los MAC permitirán solo un receptor de remesa electrónica por NPI/identificación de legado no importando si el proveedor presenta sus archivos entrantes bajo diferentes identificaciones de remitente.

Si su perfil indica múltiples receptores de ERA, su MAC asignado le contactará para solicitar que seleccione un receptor para su remesa electrónica.

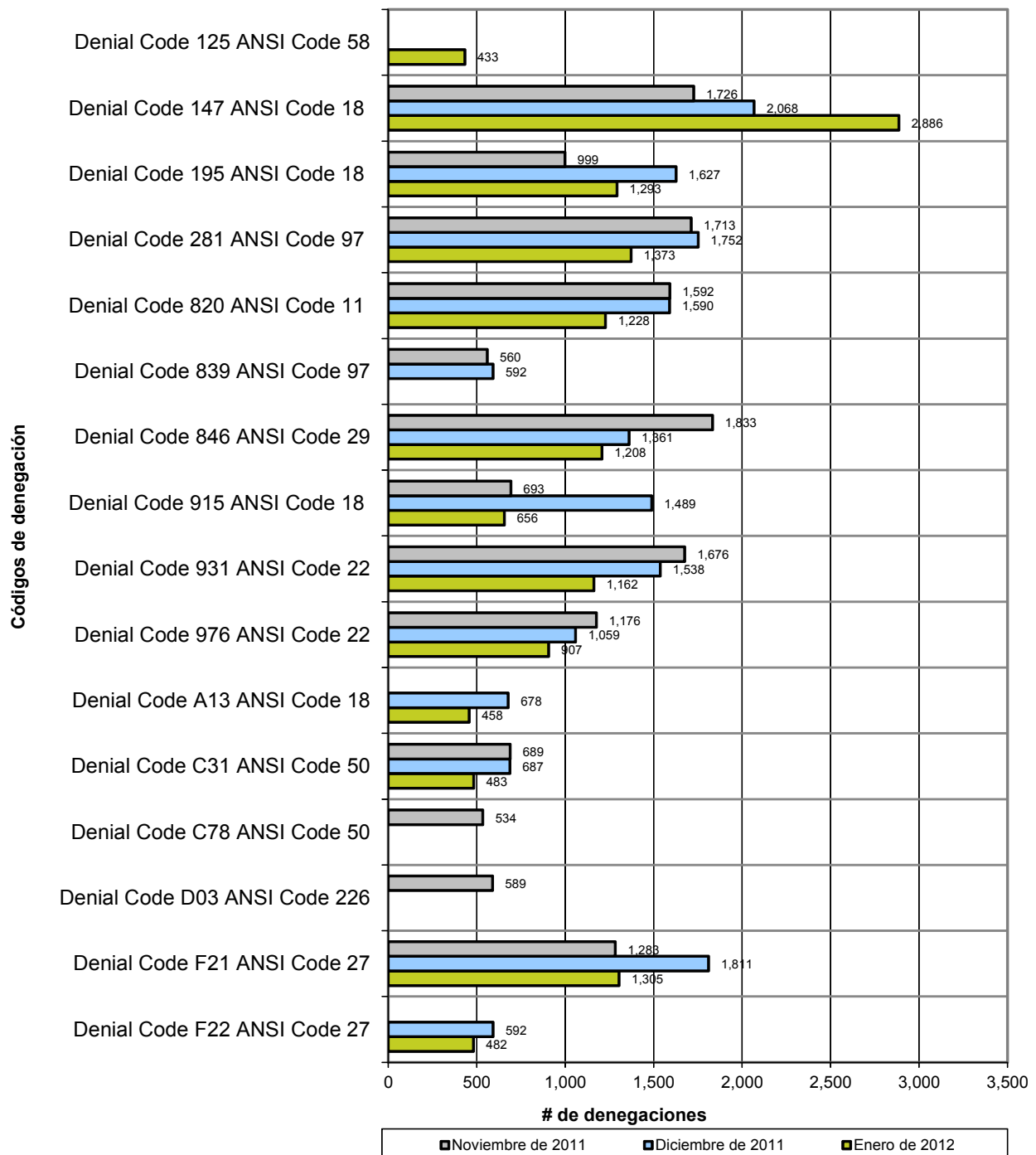
**Nota:** Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201202-01

## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en noviembre 2011-enero 2012

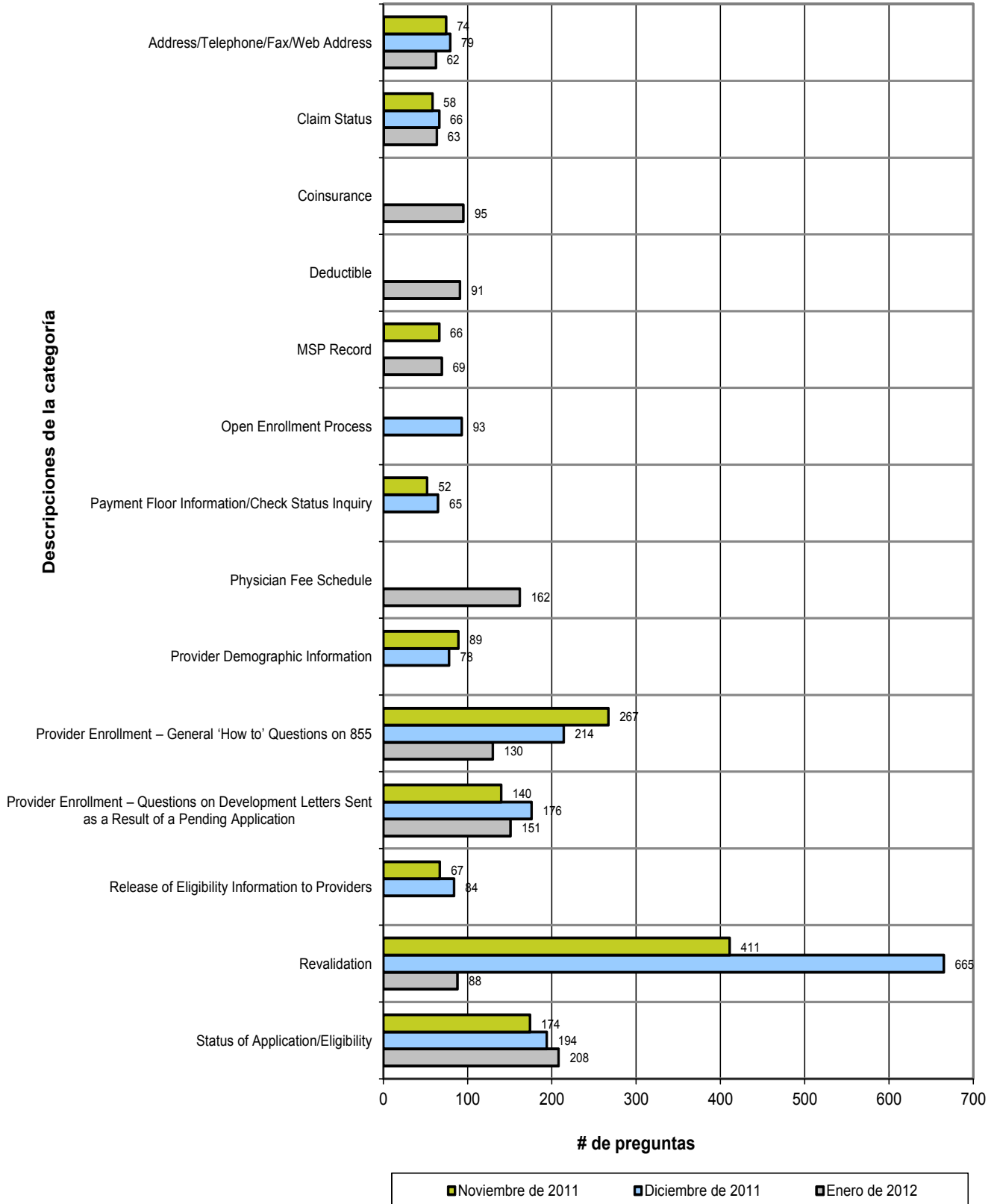
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de noviembre 2011-enero 2012. Para consejos y recursos 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/](http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/)

**Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2011-enero de 2012**



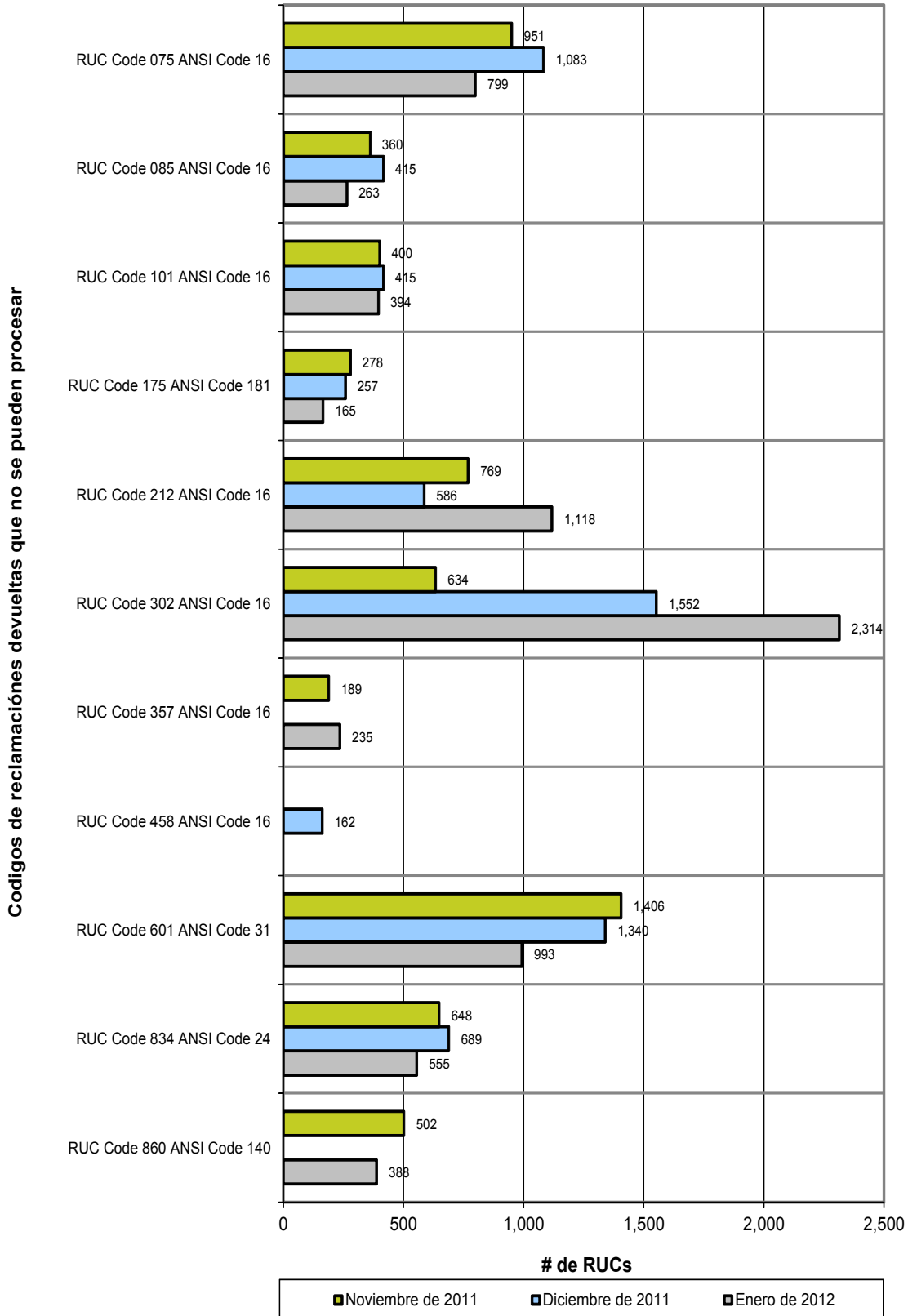
Gráficos..(Continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2011-enero de 2012



Gráficos..(Continuación)

**RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2011- enero de 2012**



## 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

### Información Médica Adicional

Reclamaciones del código CPT® 36415 o códigos HCPCS P9612/P9615 denegadas por error .....	58
Administración de vacunas/toxoides .....	58

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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



## Información Médica Adicional

### Reclamaciones del código CPT® 36415 o códigos HCPCS P9612/P9615 denegadas por error

Las reclamaciones presentadas por el código CPT® 36415 (*Collection of venous blood by venipuncture*), código HCPCS P9612 (*Catheterization for collection of specimen, single patient, all places of service*), o código HCPCS P9615 (*Catheterization for collection of specimen[s] [multiple patients]*) para reclamaciones procesadas **a partir del 2 de enero de 2012**, pueden haber sido denegadas incorrectamente con el siguiente mensaje de denegación: “Este servicio/procedimiento requiere que un procedimiento/servicio cualificado sea recibido y cubierto. El otro servicio/procedimiento cualificado no ha sido recibido/adjudicado.”

Este error fue corregido **el 26 de enero de 2012**. Reclamaciones procesadas **a partir del 27 de enero de 2012**, fueron adjudicadas correctamente.

Los proveedores a los cuales las reclamaciones les fueron denegadas incorrectamente debido a este error no tienen que tomar acción. First Coast Service Options Inc. (FCSO) efectuará ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que este problema pueda haber causado.

---

### Administración de vacunas/toxoides

Para reportar la administración de una vacuna/toxoide, los códigos de producto de la vacuna/toxoide 90476-90749\* y Q2035-Q2039 deben ser usados en adición a un código de administración de inmunización 90460-90474 y G0008-G0010 como sea apropiado. Los códigos CPT 90476-90749 y los códigos HCPCS Q2035-Q2039 identifican el producto de vacuna solamente.

Efectivo para las reclamaciones procesadas **a partir del 16 de marzo de 2012**, First Coast Service Options Inc. (FCSO) estará implementando ediciones para denegar \*\* los códigos de administración (90460, 90461, 90471, 90472, 90473, 90474, G0008, G0009, y G0010) cuando los códigos de vacuna/toxoide (90476-90749 o Q2035-Q2039), como sea apropiado, no son facturados o denegados en la misma fecha de servicio.

\*90749 *unlisted vaccine/toxoid*

\*\* El código de administración será denegado con el mensaje B15 (Este servicio/procedimiento requiere que un servicio/procedimiento que califique sea recibido y cubierto. El otro servicio/procedimiento que califica no ha sido recibido/adjudicado).

**Formulario de Parte B**

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

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

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

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

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Re-determinaciones

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

### Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Other Important Addresses

### DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

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

#### Take Home Supplies

#### Oral Anti-Cancer Drugs

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

### REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

#### Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

### RAILROAD MEDICARE

#### Railroad Retiree Medical Claims

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

### Inscripción de proveedores

#### Cambios de dirección postal

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

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

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

### Lista de vacunados contra la influenza

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

### Determinaciones locales de cobertura

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

### Cobro de deudas

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

### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

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

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

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

1-800-754-7820

### ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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