

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Septiembre 2012



## Límite de terapia ambulatoria de Medicare Parte B y proceso de excepciones extendido hasta el 31 de diciembre de 2012

*The Middle Class Tax Relief and Job Creation Act of 2012 (H.R.3630)* fue convertida en ley el 22 de febrero de 2012; extendiendo el proceso de excepciones del límite de terapia ambulatoria de la Parte B de Medicare hasta el 31 de diciembre de 2012.

El límite legal de terapia ambulatoria de la Parte B de Medicare para terapia ocupacional (OT) es \$1,880 para el 2012, y el límite combinado para terapia física (PT) y servicios de patología del habla (SLP) es también \$1,880 para el 2012. Esta es la cantidad límite de terapia por beneficiario anual determinada para cada año calendario. De manera similar al límite de terapia, el Congreso estableció un límite de \$3,700 para servicios de PT y SLP combinados y otro límite de \$3,700 para servicios de OT. Todos los servicios de terapia prestados sobre \$3,700 están sujetos a revisión médica manual, y les será requerido a ciertos proveedores presentar una solicitud para una excepción.

El límite de terapia aplica a todos los ambientes de terapia ambulatoria para la Parte B y proveedores incluyendo:

- Prácticas privadas
- Centros de enfermería especializada de la Parte B
- Agencias de salud en el hogar (TOB 34X)

### En esta edición

Prohibición de facturar el balance a beneficiarios.....	3
Requisitos de comunicación de EDI.....	5
PWK está aquí.....	6
Fase 2 de requerimientos para ordenar y referir.....	8
Programas de IRIS actualizados.....	21
Nueva edición de consistencia para validar NPI.....	24
Interpretaciones de radiología y EKG.....	35
Resultados generalizados de investigación.....	39

- Centros de rehabilitación ambulatoria (ORF)
- Agencias de rehabilitación (centros de rehabilitación ambulatorio completo [CORF])
- Departamentos ambulatorios de hospital (HOPD) – comenzando el 1 de octubre de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2012

La ley requiere un proceso de excepciones para el límite de terapia que le permita a los proveedores recibir pago de Medicare para servicios de terapia medicamente necesario sobre la cantidad límite de terapia. Comenzando el 1 de octubre de 2012, se les requerirá a algunos proveedores de terapia presentar solicitudes para excepciones (preaprobación para hasta 20 días de tratamiento de terapia para beneficiarios en o sobre el límite de \$3,700). La cifra \$3,700 es el límite definido que activa el requisito de una solicitud de excepción. Este requisito no será impuesto en todos los proveedores de terapia al mismo tiempo, se introducirá gradualmente, y proveedores de terapia serán asignados a uno de tres grupos o fases. El requisito para presentar una solicitud de excepción será impuesto en las fechas listadas a continuación dependiendo en cuál de los tres grupos o fases a las cuales los proveedores han sido asignados.

(Continúa en la página 17)



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

Requerimiento y certificación de documentación - requisitos de mantenimiento .....	3
Prohibición de facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare .....	3
Demostración de Medicare permite autorización previa en ciertos PMD .....	4
Actualización de categoría estatus de reclamación y códigos estatus de reclamación .....	4
Requisitos de comunicación del Intercambio Electrónico de Datos (EDI).....	5
Disponibles nuevas páginas de archivos de recarga .....	5
PWK está aquí .....	6
Actualización de octubre de base de datos tarifa fija de Medicare CY 2012 .....	7
Recordatorio para quienes prestan servicios y artículos ordenados o referidos.....	8
Fase 2 de requerimientos para ordenar y referir .....	8
Expiración de revisiones en el 2012 de los límites de terapia .....	9
Revisión de prepago para servicios de terapia .....	10
Manual de revisión médica de los servicios de terapia .....	11
Requisito de reaprobación de servicios de terapia sobre el límite de \$3,700 .....	12
Actualización anual de los códigos HCPCS para facturación de SNF .....	13
Proceso de transferencia de Medicare y requerimientos de Medicaid para NDC.....	14
Documentación de la necesidad médica para el reemplazo de articulaciones.....	14
Implementación de adjudicación para el contratista administrativo de Medicare J5.....	15
Recordatorio importante sobre leyes de Medicare como pagador secundario .....	15
Instrucciones adicionales relacionadas a la CR7633.....	16
Actualización de CARC, RARC, MREP y PC - Print .....	17
Cobertura de 'extracorporeal photopheresis' .....	18
Actualización anual del 2013 para los pagos de bonificaciones HPSA.....	19
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	19

## Recursos Educativos

Próximos eventos educativos .....	20
-----------------------------------	----

## Parte A

IPPS FY 2013 y cambios de PPS de hospital de cuidado a largo plazo .....	21
Programas de IRIS actualizados que contienen información para residente y practicante .....	21
Anuncios y actualizaciones para hospitales de cuidado prolongado .....	22
Actualización - PPS del FY 2013 de las instalaciones psiquiátricas .....	23
Actualización de octubre 2012 del PPS de hospital ambulatorio .....	24
Nueva edición de consistencia para validar el NPI del médico que atiende .....	24

## Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación .....	25
---	----

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A .....	28
--------------------------------------	----

## Ordenar materiales de Parte A

.....	31
-------	----

## Contactos Parte A de Puerto Rico

.....	32
-------	----

## Parte B

Servicios de terapia facturados por médicos.....	33
Interpretaciones de radiología y EKG proporcionadas en sala de emergencia .....	35
Actualizaciones de código de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud .....	36
Información sobre problema de procesamiento de reclamaciones .....	36
Preguntas frecuentes sobre el panorama general de la CR 6417 .....	37
Actualización del sistema de pago ASC en octubre de 2012.....	38
Recuperación de pagos de la Parte B en admisión de hospitalizaciones.....	39
Resultados generalizados de investigación: facturación de servicios de terapia.....	40

## Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación .....	42
---	----

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B .....	45
--------------------------------------	----

## Ordenar materiales de Parte B

.....	48
-------	----

## Contactos Parte B de Puerto Rico

.....	49
-------	----

## Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 9  
Septiembre de 2012

### Publications staff

Kathleen Cruz  
Sofia Lennie  
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.*

## Facturación

### Requerimiento y certificación de documentación – requisitos de mantenimiento

Número de *MLN Matters*: MM7890  
Número de petición de cambio relacionado: 7890  
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R431PI  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

#### Resumen

En las siguientes situaciones, el proveedor, abastecedor, médico o profesional elegible se requiere para: 1) mantener la documentación durante siete años a partir de la fecha del servicio, y 2) facilitar el acceso a dicha documentación según la petición de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid o un contratista de Medicare:

- Un proveedor o abastecedor que suministre pedidos de artículos cubiertos de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS), laboratorio clínico, servicios de proyección de imagen, o pedidos cubiertos/ servicios certificados de salud en el hogar

- Un médico que ordena/certifica servicios de salud en el hogar y un médico o, si está permitido, otros profesionales elegibles, que ordenen artículos de DMEPOS o servicios de laboratorio clínico o de proyección de imagen

Si el proveedor, abastecedor, médico o profesional elegible (según el caso) no mantiene la documentación o no proporciona esta documentación requerida, el contratista podrá revocar los privilegios del grupo de facturación de Medicare.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7890.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7890, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R431PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 431, CR 7890

*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 facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1128  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por costo compartido de Medicare. Esto incluye deducible, coaseguro y copagos, conocidos como “balance billing.” La Sección 1902(n)(3)(B) del Social Security Act, según modificado por la Sección 4714 del Balanced Budget

Act of 1997, le prohíbe a los proveedores de Medicare facturar el balance a los QMB por el costo compartido de Medicare. Los QMB no tienen obligación legal para hacer pago adicional a un proveedor o costo compartido de plan de cuidado manejado por Medicare Parte A o Parte B. Los proveedores que facturen inadecuadamente a los QMB por el costo compartido de Medicare están sujetos a sanciones.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1128.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1128

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

## Demostración de Medicare permite autorización previa en ciertos PMD

Número de *MLN Matters*: SE1231  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

En su esfuerzo para reducir desperdicio, fraude y abuso en el programa de tarifa fija de Medicare, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) está llevando a cabo una demostración de tres años para asegurar que Medicare sólo pague por dispositivos eléctricos de movilidad (PMD) que son médicamente necesarios. **Esta demostración comienza con órdenes escritas a partir del 1 de septiembre de 2012.** La demostración será llevada a cabo en California, Texas, Florida, Michigan, Illinois, North Carolina y New York.

El proceso de autorización previa permite al médico/profesional de la salud (remitente) enviar una solicitud de autorización previa para un PMD antes que el suplidor entregue el dispositivo al hogar del beneficiario. Documentación respaldando la cobertura del PMD debe ser presentada al contratista

administrativo adecuado de Medicare de equipo médico duradero (DME MAC) para una decisión inicial.

Los médicos/profesionales de la salud pueden facturar G9156 luego de que él/ella presente una solicitud inicial de autorización previa para compensar parcialmente a los médicos por el tiempo adicional que les tomó presentar la solicitud de autorización previa.

Esta demostración ayudará a asegurar que ninguno de los pagos de Medicare sean hechos para PMD a menos de que la condición médica del beneficiario garantice el equipo bajo pautas de cobertura existentes. Por otra parte, el programa asistirá en preservar el derecho del beneficiario de Medicare de recibir productos de calidad y ayudar a protegerlos de responsabilidad financiera inesperada.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1231.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1231

*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.*

## EDI

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

Número de *MLN Matters*: MM8045  
 Número de petición de cambio relacionado: 8045  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de septiembre de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2547CP  
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8045 explica que el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos los pagadores de beneficio de cuidado de la salud utilicen sólo códigos de categoría de estatus de reclamación y códigos de estatus de reclamación aprobados por el Code Maintenance Committee nacional para reportar el estatus de reclamación(es) presentadas. Los códigos propietarios no pueden ser utilizados en el X12 276/277 para reportar el estatus de la reclamación. Los conjuntos de

códigos están disponibles en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>. Las listas de códigos incluyen la fecha de cuando un código fue añadido, cambiado, o eliminado.

### Información adicional

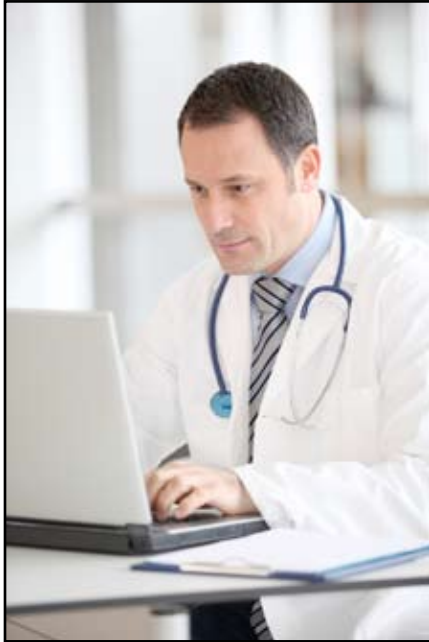
El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8045.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8045, 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/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R2547CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2547, CR 8045

*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.*

## Requisitos de comunicación del Intercambio Electrónico de Datos (EDI)



Para interactuar directamente y de forma electrónica con First Coast Service Options, Inc. con el propósito de transmitir, ya sea a través reclamaciones por medios de comunicación electrónica (EMC), o de recuperación de datos electrónicos, es decir, remesas de pago electrónicas y acuses de recibo de los envíos de EMC, debe cumplir con los siguientes requisitos de comunicación:

- Capacidad para conectarse a nuestro intercambio electrónico de datos (EDI) gateway a través de una línea telefónica analógica, que excluye Internet y conexiones de las líneas telefónicas digitales. Si se experimenta una pérdida constante de conexión a nuestro EDI gateway, se recomienda que se comunique con su compañía telefónica para confirmar su configuración actual de la línea telefónica y las opciones que usted tiene disponible.
- Un software en su computador que soporte la creación de archivos de comandos de comunicación y la transferencia de datos EDI.

Si los requisitos de comunicación anteriormente mencionados no se pueden cumplir, entonces una posible solución el uso de un servicio de facturación, una casa de facturación, o vendedores de programas de facturación de la red servicios. Una lista actualizada de las empresas que han superado con éxito las pruebas X12N 837 5010 están ubicadas en: <http://medicareespanol.fcso.com/Inicio/209506.asp>.

---

## Disponible nuevas páginas de archivos de recarga

First Coast Service Options Inc (FCSO) se complace en anunciar que ahora podrá recargar las [remesas de pago](#) y los [acuses de acuse de recibo](#) de la reclamaciones a su buzón de correo a través del sitio web [medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com). Se puede ingresar a estas nuevas herramientas de recarga a través del menú de Intercambio Electrónico de Datos (EDI), en Actualizar Solicitudes.

Usted necesitará una dirección válida de correo electrónico y su número de remitente en la mano para comenzar.

### Acuses de recibo

Los acuses de recibo de las reclamaciones pueden ser recargados usando la siguiente información:

- Número de remitente
- Fecha de transmisión del archivo
- Puede ser el número de reclamaciones o el valor total del archivo

**Nota:** Sólo los acuses de recibo por archivos recibidos en o después del 10 de septiembre de 2012, pueden ser recargados con esta herramienta. Para fechas anteriores, por favor contacte Medicare EDI al número 888-670-0940 opción -1 para asistencia.

Hay una opción para la implementación 999 de acuses de recibo y 277 CA (acuses de recibo de reclamaciones). Cada requerimiento debe ser enviado por separado. Si usted no es uno de los socios

comerciales de intercambio electrónico de datos de FCSO, por favor contacte su servicio de facturación o casa de facturación para obtener sus recibos de pago.

### Remesas

Las remesas de pago 835 pueden ser recargadas usando la siguiente información:

- Número de remitente
- Cheque/número de control
- Fecha del cheque
- Cantidad de la remesa

Cada solicitud devolverá sólo una remesa de pago pero se podrán enviar múltiples requerimientos. Si usted no es uno de los socios comerciales de intercambio electrónico de datos de FCSO, por favor contacte su servicio de facturación o casa de facturación para obtener su remesa de pago electrónica. El requerimiento de recarga debe ser iniciado por el servicio de facturación o casa de facturación, no por el proveedor.

Si su requerimiento es exitoso, le será enviado un correo electrónico confirmando la recarga. Si su requerimiento no fue aceptado, no será notificado; usted deberá esperar 1 hora antes de contactar Medicare EDI al número 888-670-0940 opción -1 para asistencia.

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

## PWK está aquí

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

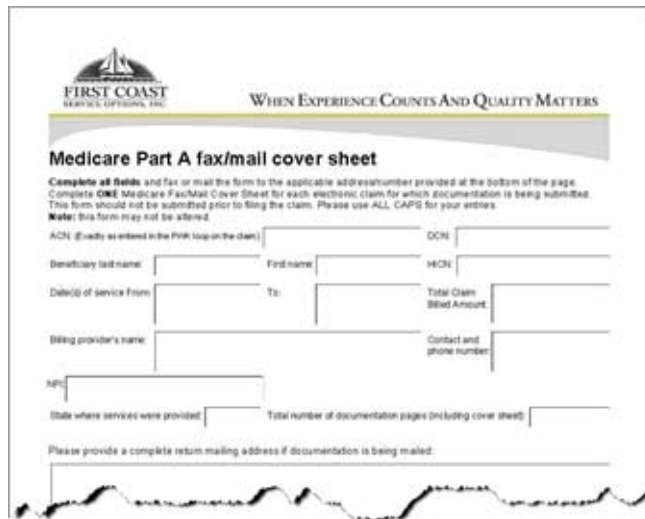
Efectivo el 1 de octubre de 2012, First Coast Service Options Inc. (First Coast) implementará el segmento PWK (paperwork) del X12N de la versión 5010. Esto permitirá el envío de documentación de sustento para una reclamación electrónica de versión 5010 vía correo o fax (PWK 02 segmento, BM [por correo] o FX [por fax] calificador, respectivamente).

PWK es un segmento dentro del Loop 2300/2400 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.

Aunque PWK en última instancia permitirá la presentación electrónica de documentación adicional, la implementación en octubre sólo permitirá la presentación de documentación adicional a través de correo electrónico y fax (02 PWK segmento BM [por correo] y calificador FX [fax], respectivamente).

First Coast 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 First Coast 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. First Coast también proveerá números seguros de faxination para aquellos proveedores o socios comerciales que decidan enviar por fax la documentación adicional.

### Portadas de fax/correo de PWK



**Medicare Part A fax/mail cover sheet**

Complete all fields and fax or mail the form to the applicable address/number provided at the bottom of the page. Complete ONE Medicare Fax/Mail Cover Sheet for each electronic claim for which documentation is being submitted. This form should not be submitted prior to filing the claim. Please use ALL CAPS for your entries. **Note:** this form may not be altered.

ACN (Easily as entered in the PWK loop on the claim) \_\_\_\_\_ DCN \_\_\_\_\_

Beneficiary last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ HCN: \_\_\_\_\_

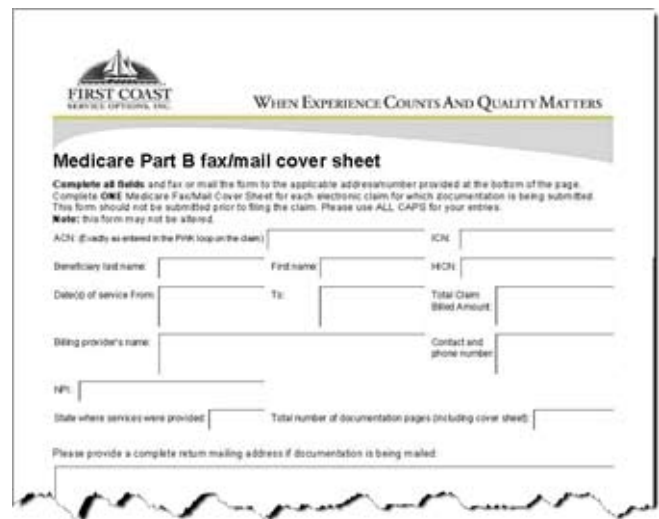
Date(s) of service From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ Total Claim Bill Amount: \_\_\_\_\_

Billing provider's name: \_\_\_\_\_ Contact and phone number: \_\_\_\_\_

NP: \_\_\_\_\_

State where services were provided: \_\_\_\_\_ Total number of documentation pages (including cover sheet): \_\_\_\_\_

Please provide a complete return mailing address if documentation is being mailed: \_\_\_\_\_



**Medicare Part B fax/mail cover sheet**

Complete all fields and fax or mail the form to the applicable address/number provided at the bottom of the page. Complete ONE Medicare Fax/Mail Cover Sheet for each electronic claim for which documentation is being submitted. This form should not be submitted prior to filing the claim. Please use ALL CAPS for your entries. **Note:** this form may not be altered.

ACN (Easily as entered in the PWK loop on the claim) \_\_\_\_\_ DCN \_\_\_\_\_

Beneficiary last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_ HCN: \_\_\_\_\_

Date(s) of service From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ Total Claim Bill Amount: \_\_\_\_\_

Billing provider's name: \_\_\_\_\_ Contact and phone number: \_\_\_\_\_

NP: \_\_\_\_\_

State where services were provided: \_\_\_\_\_ Total number of documentation pages (including cover sheet): \_\_\_\_\_

Please provide a complete return mailing address if documentation is being mailed: \_\_\_\_\_

Si el segmento PWK es completado y documentación adicional es necesaria para adjudicación, First Coast permitirá **siete días de “espera” de calendario** (de la fecha de recibo de la reclamación) para que la documentación administrativa sea enviada por fax o **10 días de “espera” de calendario para ser enviada por correo**. Tanto los siete como los 10 periodos de “espera” son aplicables a las reclamaciones de Parte A y de Parte B.

Si los datos PWK no son recibidos dentro del marco de tiempo de espera y se necesita la documentación adicional, una solicitud de desarrollo será enviada. Si la documentación es recibida después que el marco de tiempo ha transcurrido, la documentación no será usada para adjudicación de la reclamación. De esta forma, los papeles administrativos necesitarán acompañar nuestra documentación adicional para prevenir posibles denegaciones de reclamación.

Las reclamaciones presentadas con un segmento PWK, que no sean suspendidas para revisión y/o requieran desarrollo adicional, procesarán rutinariamente y no serán retenidas por los siete o 10 días del periodo de espera.

(Continúa en la página siguiente)

**PWK...** (continuación)

## Números de faxination

FCSO proveerá líneas de faxination designadas para agilizar el recibo de las portadas/anexos PWK, dependiendo de la línea del negocio y localización del proveedor (Parte A o Parte B; Florida, Puerto Rico, o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.)

Cada portada de fax/correo incluirá la dirección postal apropiada de regreso de First Coast y el número de faxination, basado en la selección del proveedor.

## Guías de acompañamiento 5010

Información adicional sobre el segmento PWK está disponible en las guías de acompañamiento X12 Versión 5010 837I y 837P.

- Parte A: [837 Institutional Claim Transaction Specific Information](#)
- Parte B: [837 Professional Claim Transaction Specific Information](#)

Fuente: Pub 100-08, Transmittal 396, Change Request 7330

## Tarifa Fija

### Actualización de octubre de la base de datos de tarifa fija para médicos de Medicare del CY 2012

Número de *MLN Matters*: MM8017

Número de petición de cambio relacionado: 8017

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2530CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

## Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8017 e instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos de tarifa fija para médicos de Medicare para el año calendario (CY) 2012.

La CR 8017 también señala que la Office of Clinical Standards and Quality (OCSQ-CMS) ha actualizado su determinación de cobertura nacional concerniente al código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 43775 (Lap sleeve gastrectomy). Este código HCPCS era previamente un servicio no cubierto (estatus N), y la CR 8017 ahora instruye que será portador de precio (estatus C).

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8017.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8017, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2530CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2530, CR 8017

*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.*

## Inscripción del Proveedor

### Recordatorio para quienes prestan servicios y artículos ordenados o referidos por otros proveedores

Número de *MLN Matters*: SE1201  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Medicare sólo pagará por los artículos o servicios que han sido facturados con el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico o profesional elegible que se ha inscrito en Medicare y ha ordenado los artículos o servicios prestados.

Los proveedores deben asegurarse de que cualquiera de los productos o servicios presentados en las reclamaciones de Medicare sean referidos u ordenados por los proveedores inscritos en Medicare mediante un tipo de especialidad autorizada para ordenar o referir servicios.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1201.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1201

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

### Fase 2 de requerimientos para ordenar y referir

Número de *MLN Matters*: SE1221  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) pronto comenzarán a denegar las reclamaciones de la Parte B, equipos médicos durables (DME), y la Parte A de agencias de salud en el hogar (HHA) que no pasen la edición de ordenados/referidos, como se indica en la regla final CMS-6010-F, la cual fue publicada por CMS el 24 de abril de 2012. Estas ediciones garantizan que los médicos y otras personas que son elegibles para ordenar y referir artículos o servicios han establecido sus registros de inscripción de Medicare y son de una especialidad que es elegible para ordenar y referir. Este artículo incluye recursos adicionales e información acerca de las fases 1 y 2 de los requerimientos y qué tipos de proveedores son elegibles para solicitar o referir artículos o servicios a los beneficiarios de Medicare.

CMS autorizará a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B y MAC DME para comenzar a editar las reclamaciones de Medicare con la fase 2 de las ediciones de ordenados/referidos. Esto significa que al proveedor de facturación no se le pagará por los artículos o servicios que fueron proporcionados basados en el orden o la remisión de un proveedor que no tiene un registro de inscripción de Medicare.

**Nota:** CMS no ha anunciado una fecha en la que se activará la fase 2 de este programa. CMS proveerá 60 días de aviso por adelantado antes de iniciar las ediciones de ordenados/referidos.

Si ordena o refiere artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare y no tiene un registro de inscripción de Medicare, usted debe presentar una solicitud de inscripción a Medicare. Usted puede hacer esto utilizando Internet-based Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) o completando la solicitud de inscripción en papel (CMS-855O).

(Continúa en la página siguiente)



## Fase 2... (continuación)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1221.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1221

*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.*

## Servicios de Rehabilitación

### Expiración de revisiones en el 2012 de los límites de terapia y nuevo mecanismo para identificar las fechas legales de vigencia

Número de *MLN Matters*: MM7881

Número de petición de cambio relacionado: 7881

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2537CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

Las disposiciones relativas a los límites de terapia se encuentran en una serie de cambios legislativos que pueden extenderse de año a año o por el fragmento de un año. Estos cambios en la actualidad pueden requerir una petición de cambio no recurrente (CR) para cambiar la edición de codificación en el sistema de Medicare. Con frecuencia, estas CR no pueden ser implementadas con suficiente inmediatez para cumplir con los cambios de las fechas efectivas.

La petición de cambio (CR) 7881 implementa la fecha de vencimiento legal de determinadas disposiciones que afectan las reclamaciones por servicios de terapia a los que se aplican los límites de terapia. Además, este CR crea un mecanismo que los contratistas pueden utilizar para extender las fechas de vigencia de determinadas políticas en situaciones de urgencia.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7881.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7881, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2537CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2537, CR 7881

*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.*

### Calcule las posibilidades ...



Ya sea que esté estimando la cantidad de un pago de Medicare, la duración del periodo de coordinación de una ESRD, o la fecha límite para enviar una solicitud de apelación o contestar a una petición de desarrollo adicional, pruebe la manera fácil de calcular las posibilidades. Encuentre todo lo que necesita para "hacerlo usted mismo" en nuestro nuevo centro de herramientas, visite <http://medicareespanol.fcso.com/Header/233400.asp>

## Revisión prepago para servicios de terapia

Número de *MLN Matters*: MM8036

Número de petición de cambio relacionado: CR 8036

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1117OTN

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

Fecha de efectividad 1 de octubre de 2012, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han implementado el límite de terapia en \$3700. Los detalles sobre este cambio fueron previamente comunicados en [http://medicareespanol.fcso.com/Servicios\\_de\\_rehabilitacion/243541.asp](http://medicareespanol.fcso.com/Servicios_de_rehabilitacion/243541.asp).

### Proceso de preaprobación

Los proveedores pueden evitar la revisión de prepago automático mediante la solicitud de aprobación de los servicios antes de que sean prestados. Los proveedores pueden solicitar hasta 20 días de tratamiento por disciplina. Una carta de la decisión se proporcionará tanto al beneficiario y el proveedor para cada solicitud. La decisión de permitir o negar los servicios se realizará utilizando toda la información disponible y basada en la sección 220 del manual *Medicare Benefit Policy* así como las determinaciones de cobertura local de los servicios de FCSSO de terapia y rehabilitación. Los contratistas tendrán un máximo de diez días hábiles para tomar una decisión sobre cada solicitud de aprobación previa. Los diez días comienzan cuando la solicitud ha sido recibida por el contratista. Si la solicitud no se procesa dentro de diez días, la solicitud se considerará automáticamente aprobada. Si esto ocurre FCSSO enviará una carta con la decisión asesoramiento de esta instancia.

FCSSO establecerá para proveedor- y beneficiario- una edición específica basada en cada una de las fases para seguir de cerca este proceso. Se realizará un seguimiento a todas las solicitudes a través de una base de datos interna. Todas las reclamaciones presentadas con fechas de servicio del 1 de octubre 2012 al 31 de diciembre de 2012, sin solicitud de aprobación previa darán lugar a una solicitud de la documentación de apoyo para la revisión clínica. Todas las solicitudes de aprobación previa deben incluir una copia de la portada en la *solicitud de aprobación previa de los servicios de terapia por encima del límite de \$3700 (Ver página 12)*. La portada **debe** ser completada en su totalidad. Las solicitudes no podrán presentarse más de 15 días antes del inicio de cada fase. Aunque usted tiene la opción de enviar por fax o correo la solicitud, se recomienda encarecidamente enviar a través de fax. La carta con la decisión informará si la solicitud de preaprobación es aprobada o denegada: la carta de decisión incluirá el número de días de tratamiento autorizados, o si es negada, una explicación detallada. La carta será devuelta a través del mismo método que fue recibida.

**Nota:** Si la solicitud de preaprobación es denegada y se realizó una primera evaluación, Medicare permitirá su estudio (Por ejemplo, códigos CPT 92506, 92597, 92607, 92608, 92610, 92611, 92612, 92614, 92616, 96105, 97001, 97002, 97003, y 97004).

### Información adicional

#### Información adicional sobre el nuevo límite de \$3700 dólares de terapias disponible en:

- La página web "Medical Review and Education" en <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medical-Review/TherapyCap.html>.
- Petición de cambio 8036, transmittal 1117 fecha 31 de agosto de 2012 en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1117OTN.pdf>.
- El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8036.pdf>.

#### Determinaciones de cobertura local de FCSSO

Las determinaciones de cobertura local (LCD) a continuación se pueden encontrar utilizando la herramienta de FCSSO [LCD lookup](#).

- Therapy and Rehabilitation Services LCD
  - L28992 (Florida Parte A), L29024 (Puerto Rico, Estados Unidos, Islas Vírgenes de Estados Unidos. Parte A)
  - L29289 (Florida Parte B) L29399 (Puerto Rico, Estados Unidos, Islas Vírgenes de Estados Unidos. Parte B)
- THERSVCS LCD
  - L32807 (Florida Parte B)

(Continúa en la página siguiente)

Revisión... (continuación)

### Limitaciones de la información

La información del pago límite por servicios de terapia se obtiene a través del sistema de elegibilidad aplicable (HETS para Parte B, ELGA para Parte A). Información adicional sobre cada sistema a continuación:

- **HIPAA Eligibility Transaction System (HETS)** – el *HIPAA Eligibility Transaction System (HETS) Interfase de usuario (UI) guía de usuario* en <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/CMS-Information-Technology/HETSHelp/Downloads/HETS-UI-User-Guide.pdf#page=31>.
- **CWF PART A Eligibility System (ELGA)** – el manual de entrenamiento *Medicare Part A Direct Data Entry (DDE)* en [http://medicareespanol.fcso.com/Acceso\\_al\\_sistema\\_remoto/143425.pdf](http://medicareespanol.fcso.com/Acceso_al_sistema_remoto/143425.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1117, CR 8036

*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.*

---

## Manual de revisión médica de los servicios de terapia

Número de *MLN Matters*: MM8036

Número de petición de cambio relacionado: 8036

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1117OTN

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

El requisito de preaprobación para todos los servicios de terapia será aplicable a los proveedores identificados específicamente en la fecha efectiva para las fases determinadas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Los contratistas han publicado la lista de números de CMS de identificador nacional de proveedor (NPI) que aparecen en sus sitios web.

La información fue enviada a cada proveedor sujeta a la revisión manual médica del límite de la terapia donde se les notificará la respectiva fase en la que han sido ubicados.

Las fechas efectivas para las fases son:

**Fase I:** 1 de octubre de 2012 – 31 de diciembre de 2012

**Fase II:** 1 de noviembre de 2012 – 31 de diciembre de 2012

**Fase III:** 1 de diciembre de 2012 – 31 de diciembre de 2012

Las reclamaciones serán suspendidas porque los límites serán automáticamente aprobados a menos de que el proveedor este siendo revisado en Fase I, Fase II, o Fase III.

El contratista le proveerá con una dirección de correo y podrá proveerle un número de fax donde podrán ser enviadas las solicitudes para revisión de prereclamaciones. Las revisiones de prereclamación no serán revisadas en un tiempo menor de 15 días antes comenzar cada fase para los proveedores que se encuentran dentro de cada fase.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8036.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8036, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1117OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1117, CR 8036

*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.*

(Continúa en la página siguiente)



WHEN EXPERIENCE COUNTS AND QUALITY MATTERS

**Request for pre-approval of therapy services above the \$3700 threshold**

Providers are expected to submit the following types of documentation for therapy services:

1. Evaluation and certified plan of care
2. Certification/re-certification
3. Clinician-signed progress reports
4. Treatment encounter notes
5. Justification (explanation of medical necessity)

If all required documentation is not attached, a decision will be made based on the information received. All subsequent requests based on a prior denial of pre-approval must contain new or additional information. Documentation must be provided that is sufficient to support medical necessity for the additional treatment days, which shall be in accordance with the *Medicare Benefit Policy Manual* (Pub 100-02, Chapter 15, Section 220) and the First Coast Service Options Inc. (First Coast) local coverage determination (LCD) for rehabilitation therapy services. Please do not contact the customer service call center for a status of your request. A decision will be faxed or mailed within 10 business days of receipt of your request.

<b>Request is for: (check only one; submit a separate request for each type of therapy)</b>		
<input type="radio"/> Physical therapy	<input type="radio"/> Occupational therapy	<input type="radio"/> Speech language pathology
Date of request: <input style="width: 150px;" type="text"/>	From: <input style="width: 80px;" type="text"/>	To: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Beneficiary name First: <input style="width: 250px;" type="text"/>	MI: <input style="width: 30px;" type="text"/>	HIC number: <input style="width: 150px;" type="text"/>
Last: <input style="width: 350px;" type="text"/>	Suffix (Jr, Sr, III, etc.): <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Beneficiary address: <input style="width: 450px;" type="text"/>		DOB: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Number of treatments being requested for this request (not to exceed 20) <input style="width: 50px;" type="text"/>	Primary diagnosis code (list only one) <input style="width: 100px;" type="text"/>	Secondary/additional diagnosis codes 1. <input style="width: 80px;" type="text"/> 2. <input style="width: 80px;" type="text"/>
Is this the first request for this patient ? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		
Facility/entity or provider group name: <input style="width: 450px;" type="text"/>		PTAN: <input style="width: 80px;" type="text"/>
Performing provider name: <input style="width: 300px;" type="text"/>		Performing provider NPI/PTAN: <input style="width: 120px;" type="text"/>
Name and telephone number of the person to contact regarding this request: <input style="width: 420px;" type="text"/>		Fax number or mailing address for return decision: <input style="width: 300px;" type="text"/>

**You may fax to: (preferred)**

- Medicare Part A**
- Florida: 904-361-0542
  - PR/UVSI: 904-361-0786

- Medicare Part B**
- Florida: 904-361-0582
  - PR/UVSI: 904-361-0821

**OR mail to:**

First Coast Service Options Inc.  
532 Riverside Ave., 19T  
Jacksonville, FL 32202-4914

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



First Coast Service Options Inc.

## Centros de Enfermería Especializada

### Actualización anual de los códigos HCPCS utilizados para la facturación consolidada de los centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM8037  
Número de petición de cambio relacionado: 8037  
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de septiembre de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2542CP  
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 8037 provee la actualización anual del 2013 de los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la facturación consolidada de los centros de enfermería especializada (SNF CB) y cómo las actualizaciones afectan las modificaciones en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare.

En la primera semana de diciembre de 2012 los siguientes archivos estarán disponibles en <http://www.cms.gov/Medicare/Billing/SNFConsolidatedBilling/index.html>:

- **Los médicos y otros proveedores/abastecedores que facturen a las aseguradoras, DME MAC, o A/B MAC** – nuevos archivos de códigos titulados “2013 Carrier/A/B MAC Update”
- **Los proveedores que facturan a los intermediarios fiscales o A/B MAC** – un nuevo archivo de Excel titulado “2013 FI/A/B MAC Update.” **Nota:** Además del archivo de Excel, encontrará un archivo PDF titulado “General Explanation of the Major Categories”, que proporciona una comprensión de las categorías principales, incluyendo las exclusiones adicionales que no se rigen por los códigos HCPCS.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8037.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8037, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2542CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2542, CR 8037

*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.*

### Encuentre las tarifas más rápido: Pruebe la búsqueda de tarifa fija de FCSO

Encuentre rápidamente la información de tarifa fija que necesita - con la búsqueda de tarifa fija de FCSO, localizada en [http://medicare.fcso.com/Fee\\_lookup/fee\\_schedule.asp](http://medicare.fcso.com/Fee_lookup/fee_schedule.asp) Este exclusivo recurso en línea cuenta con una interfaz intuitiva que le permite buscar información de tarifa por código de procedimiento. Además, puede encontrar cualquier determinación de cobertura local (LCD) relacionada con sólo el clic de un botón.



## Información General

### Proceso de transferencia de Medicare y requerimientos de Medicaid para NDC asociados con los medicamentos de la Parte B administrados por médicos

Número de *MLN Matters*: SE1234  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que los consultorios médicos, departamentos de consulta externa de hospitales, y clínicas para pacientes ambulatorios no siempre incluyen un informe uno a uno del código nacional de medicamentos (NDC) para cada medicamento de la Parte B del sistema de códigos HCPCS reportados en las reclamaciones recibidas por Medicare.

En consecuencia, las agencias de Medicaid están 1) denegando el acuerdo de coordinación de beneficios (COBA) en la transferencia de reclamaciones de Medicare que reportan los medicamentos de la Parte B del sistema de códigos del Healthcare

Common Procedure Coding System (HCPCS) sin los correspondientes NDC o 2) desarrollan la información requerida con los médicos y hospitales para pacientes ambulatorios y proveedores de la clínica.

Este artículo proporciona una guía de facturación para los NDC en los tipos de reclamación:

- Reclamaciones institucionales 837
- Reclamaciones recibidas en copia impresa CMS-1500 o UB04
- En la pantalla de reclamaciones vía directa a través de entrada de datos (DDE)

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1234.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1234

*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.*

### Documentación de la necesidad médica para el reemplazo de articulaciones principales

Número de *MLN Matters*: SE1236  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Medicare ha puesto en marcha una serie de proyectos de auditoría con la intención de eliminar a la mitad la tasa de pago indebido de Medicare fee-for-service (FFS) y reducir los errores globales de pago por \$50 billones. Varias entidades de auditoría han demostrado unas tasas de error muy altas en el pago de las de reclamaciones tanto en hospitales como en las reclamaciones profesionales asociadas a una cirugía de reemplazo de articulaciones principales.

Este artículo se publica como una guía educativa para mejorar el cumplimiento de los requisitos de documentación para una cirugía de reemplazo de articulaciones principales. El artículo presenta sugerencias para la documentación de la necesidad médica para evitar la denegación de reclamaciones de Medicare FFS.

**Nota:** El uso de esta guía no es obligatorio y no garantiza el pago.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1236.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1236

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

## Implementación de adjudicación para el contratista administrativo de Medicare de la jurisdicción 5

Número de *MLN Matters*: CR8059  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: 22 de octubre de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: 22 de octubre de 2012

### Resumen

Es requerido que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) compita el volumen de trabajo del contratista administrativo de Medicare de la Parte A y Parte B (A/B MAC) al menos una vez cada cinco años. Se hizo recientemente para el volumen de trabajo de la jurisdicción 5 (J5 A/B MAC) así como también para el legado de volumen de trabajo del título 18 siendo procesada por Wisconsin Physicians Service (WPS) bajo su contrato de título 18 de Medicare. CMS adjudicó este volumen de trabajo a WPS, el contratista correspondiente para todo este volumen de trabajo.

La readquisición también incluye un volumen de trabajo de Título 18 existente cuyo número de volumen de trabajo del contratista necesitará ser cambiado. El número de volumen de trabajo será cambiado y el legado del volumen de trabajo del título 18 de WPS hará la transición al J5 A/B MAC como sigue:

**Descripción del volumen de trabajo:** Legado de WPS

**Número de volumen de trabajo de MAC:** 05901

**Fecha efectiva:** 22 de octubre de 2012

**Número del volumen de trabajo del contratista actual:** 52280

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1119OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1119, CR 8059.

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

---

## Recordatorio importante sobre leyes de Medicare como pagador secundario

Número de *MLN Matters*: SE1227  
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

Cuando el pagador primario es un empleador de una organización aseguradora del manejo del cuidado o cualquier otro tipo de seguro primario (por ejemplo, grupo de empleadores del plan de salud), proveedores participantes de Medicare, médicos, y otros suplidores no pueden aceptar ningún copago, coaseguro u otros pagos del beneficiario por los servicios prestados. Los proveedores deben cumplir con las reglas de Medicare como pagador secundario (MSP) y facturar a Medicare como pagador secundario luego de que el

pagador primario haya pagado. Medicare le informará (a través de su remesa de pago) de cualquier cantidad que pueda ser colectada del beneficiario – si alguna – luego que Medicare haya hecho su pago.

**Nota:** Si Medicare es el pagador secundario y usted ha tomado pago del beneficiario cuando los servicios fueron prestados, el beneficiario tiene el derecho de recuperar su pago de su parte cuando el reembolso sea garantizado.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1227.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1227

*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.*

## Instrucciones adicionales relacionadas a la CR 7633: Intervenciones de detección y comportamiento en la atención médica primaria para reducir el abuso del alcohol

Número de *MLN Matters*: MM7791 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7791  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de septiembre de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2544CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7791 provee instrucciones adicionales para los contratistas en aquellas situaciones en las cuales un proveedor ha enviado una reclamación para G0443 (breve consejería conductual cara a cara para el abuso del alcohol, 15 minutos), y no existen reclamaciones para G0442 (evaluación anual de abuso de alcohol, 15 minutos) en el historial de reclamaciones del proveedor dentro de un periodo anterior de 12 meses. También requiere que los contratistas denieguen tales reclamaciones y para incluir los siguientes mensajes en las denegaciones:

- Código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) B15: Este servicio/procedimiento requiere que un servicio/procedimiento calificado sea recibido y cubierto. El otro servicio/procedimiento calificado no ha sido recibido/adjudicado.
- Código de comentario de remesa de pago (RARC) M16: Alerta: Favor de ver nuestro sitio Web, correspondencia, o boletines para más detalles concerniente a esta política/procedimiento/decisión.
- Código de grupo PR (responsabilidad del paciente) asignando responsabilidad financiera al beneficiario, si una reclamación es recibida con un modificador indicando que una notificación anticipada al beneficiario (ABN) está en archivo.
- Código de grupo CO (obligación contractual) asignando responsabilidad financiera al proveedor, si una reclamación es recibida sin un modificador indicando que no ABN firmado está en archivo.

Medicare pagará solamente hasta cuatro servicios G0443 dentro de un periodo de 12 meses. Las reclamaciones para G0443 que exceden ese límite de cuatro sesiones en un periodo de 12 meses serán rechazadas.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7791.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7791, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2544CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2544, CR 7791

*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.*





**Límite de terapia... (continuación)**

- Fase I – 1 de octubre al 31 de diciembre de 2012
- Fase II – 1 de noviembre al 31 de diciembre de 2012
- Fase III – 1 de diciembre al 31 de diciembre de 2012

Si usted es un proveedor de terapia física, servicios de patología del habla, o servicios de terapia ocupacional, usted debe recibir una carta titulada "Notification of Request for Exception Requirements for Therapy," indicando su fase asignada.

Usted puede encontrar su fase asignada [aquí](#). Si usted no encuentra su número de NPI en la lista, entonces usted está en la Fase III.

Si usted tiene preguntas, por favor contacte el departamento de servicio al cliente de su contratista administrativo de Medicare (MAC). Usted puede encontrar su MAC local en el [mapa interactivo de conformidad del proveedor](#).

Para más información sobre el límite de terapia ambulatorio de la Parte B de Medicare y el proceso de excepciones visite el [sitio web de educación y revisión médica](#).

*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 201209-01

---

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

Número de *MLN Matters*: MM8029

Número de petición de cambio relacionado: 8029

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2521CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8029 instruye a los contratistas de Medicare y a los mantenedores del sistema compartido (SSM) a realizar cambios de programación para incorporar códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) nuevos, modificados, y desactivados que han sido agregados desde la última actualización de códigos proporcionada por CR 7775 (Transmittal 2442 publicada el 6 de abril de 2012). También instruye sobre el sistema compartido de intermediario fiscal (FISS) y el sistema VIP de Medicare (VMS) para actualizar el PC-Print y el software de impresión fácil de remesa de Medicare (MREP) respectivamente.

CR 8029 no provee una lista completa de códigos. Usted debe obtener la lista completa para los dos, CARC y RARC, en el sitio web de Washington Publishing Company (WPC) <http://www.wpc-edi.com/Reference>.

**Nota:** Si usted usa el software MREP o el PC-Print, asegúrese de descargar la versión actualizada cuando esté disponible.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8029.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8029, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2521CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2521, CR 8029

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

## Cobertura de ‘extracorporeal photopheresis’

Número de *MLN Matters*: MM7806 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 7806  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de septiembre de 2012  
 Fecha de efectividad: 30 de abril de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R143NCD y R2551CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio en o después del 30 de abril de 2012, Medicare cubrirá “extracorporeal photopheresis” para el tratamiento del síndrome “bronchiolitis obliterans” (BOS) después del trasplante de pulmón, pero sólo cuando es provisto bajo un estudio de investigación clínica aprobado que cumple requisitos específicos.

Reclamaciones facturadas por “extracorporeal photopheresis” deben contener el código de procedimiento Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 36522 junto con uno de los códigos de diagnóstico de las Enfermedades de Clasificación Internacional (ICD-9-CM o ICD-10) mostrado en la petición de cambio (CR) 7806.

Por favor tenga en cuenta que sus reclamaciones sólo serán pagadas cuando también contengan todos los siguientes:

- Código de diagnóstico V70.7 (como diagnóstico secundario) (ICD-10 Z00.6);
- Código de condición 30 (reclamaciones institucionales solamente);
- Modificador de ensayo clínico Q0 (Servicio clínico de investigación provisto en un estudio de investigación clínico que este en un estudio de investigación aprobado); y
- Código de valor D4 con un número de ensayo clínico de 8 dígitos (opcional)(solo los FI).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7806.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7806, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R143NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2551CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 143, CR 7806,  
 CMS Pub. 100-04, Transmittal 2551, CR 7806

*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.*

### Nunca se pierda una fecha límite de apelaciones nuevamente

Cuando se trata de presentar solicitudes de apelación de reclamaciones, *puntualidad lo es todo*. No se preocupe – no necesitará su calendario de escritorio para contar los días a la fecha límite de envío. Pruebe nuestras nuevas calculadoras de “tiempo límite” en nuestra página de apelaciones de decisiones de reclamaciones. Cada calculadora *calculará automáticamente* cuando usted debe enviar su solicitud basado en la fecha de la determinación inicial de la reclamación o el nivel de apelación anterior.



## Actualización anual del 2013 para los pagos de bonificaciones HPSA

Número de *MLN Matters*: MM7883

Número de petición de cambio relacionado: 7883

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2526CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

El Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) del 2003 (Sección 413[b]) manda que los registros de pago automático de la bonificación para la zona de escasez de profesionales de la salud (HPSA) deben ser actualizados anualmente. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) crearán un nuevo registro automatizado de bono de pago HPSA para las reclamaciones con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2013, al 31 de diciembre de 2013, y será publicado en su sitio web a principios de diciembre.

Usted podrá encontrar el registro de bono de pago HPSA (cuando se encuentre disponible) y otra información importante en el sitio web de CMS en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HPSAPSAPhysicianBonuses/index.html>.

También debe verificar el sitio web de CMS para determinar si es necesario agregar el modificador AQ a su reclamación para recibir el pago del bono, o para ver si el área del código postal en la que prestó servicios recibirá automáticamente el pago del bono HPSA. Usted puede determinar si usted es elegible para el pago automático, vaya a <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HPSAPSAPhysicianBonuses/downloads/instructions.pdf> y siga las instrucciones de la página.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7883.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7883, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2526CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2526, CR 7883

*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 e-News del proveedor de Medicare

Las e-News de los proveedores de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial del *Medicare Learning Network*® (MLN) que contiene el equivalente de una semana de noticias para los proveedores de tarifa fija de Medicare (FFS). CMS envía estos mensajes semanalmente a asociaciones de proveedores nacionales de la industria de salud, quienes entonces distribuyen las e-News a sus miembros según apropiado. Para mejorar la consistencia y para agilizar las operaciones en mensajería a la comunidad del proveedor de FFS a través de todos los canales de información de Medicare, CMS está llevando a cabo un piloto desde el 1 de agosto-30 de septiembre de 2012. Los siguientes son enlaces a las más recientes e-News:

CMS e-News para el miércoles, 22 de agosto de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-08-22e-News.pdf>

CMS e-News para el miércoles, 29 de agosto de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-08-29-e-News.pdf>

CMS e-News para el miércoles, 5 de septiembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-09-05e-News.pdf>

CMS e-News para el miércoles, 12 de septiembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-09-12-e-News.pdf>

CMS e-News para el miércoles, 19 de septiembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-09-19-e-News.pdf>

Fuente: CMS PERL 201208-09, 201208-12, 201209-02, 201209-03, 201209-07

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Octubre de 2012

Medicare Parte A Cambios y regulaciones de Medicare

Cuando: 9 de octubre 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: 10 de octubre 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

Manténgase informado: Seminario de actualización 2012 de Medicare Parte II

Cuando: 16 de octubre de 2012

Hora: 9:00 a.m.-mediodía ET

Tipo: Cara a cara

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

**Dirigido a:** Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Manténgase informado: Seminario de actualización 2012 de Medicare Parte II

Cuando: 17 de octubre de 2012

Hora: 1:00 p.m.-4:00 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

**Dirigido a:** Islas Vírgenes de los Estados Unidos

### 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.

## Hospital

### IPPS FY 2013 y cambios de PPS de hospital de cuidado a largo plazo

Número de *MLN Matters*: MM8041

Número de petición de cambio relacionado: 8041

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2539CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio 8041, la cual provee:

- Las actualizaciones del año fiscal (FY) 2013 al sistema de pago prospectivo de pacientes internos (IPPS) y el sistema de pago prospectivo (PPS) de hospital de cuidado a largo plazo, y
- Las actualizaciones del FY 2013 a los grupos relacionados al diagnóstico de severidad de Medicare (MS-DRG) y agrupador y editor de código de Medicare (MCE).

Todos los artículos cubiertos en esta instrucción son efectivos para altas de hospital que ocurran a partir del 1 de octubre de 2012, a menos que se indique lo contrario.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8041.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8041, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2539.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2539, CR 8041

*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.*

---

## Programas de IRIS actualizados que contienen información para residente y practicante

El Office of Financial Management publicará dos programas de IRIS (versión 3.1 de IRISV3 y versión 1.1 de IRISEDV3) con archivos actualizados (códigos de escuela médica, códigos de tipo de residencia e instrucciones de funcionamiento de IRISV3 de agosto 2012) en el sitio web de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) antes del 31 de agosto de 2012, para descargar por proveedores de Medicare. La dirección revisada de la página Web para descargar estos programas es: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/IRIS>.

Estos programas son utilizados por hospitales de enseñanza y comunidad del proveedor para coleccionar y reportar información sobre entrenamiento de residente en ambiente hospitalario y no hospitalario.

Fuente: CMS TDL 12492

### Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

- Recetas electrónicas (eRx)
- Registros de salud electrónicos (EHR)
- Áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA)
- Programa de incentivo de cuidado primario (PCIP)



## Anuncios y actualizaciones para hospitales de cuidado prolongado

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) quieren compartir algunos artículos importantes de la nota relacionada con los hospitales de cuidados prolongados (LTCH).

### Actualización del software LTCH

El software CMS LASER (LTCH Assessment Submission Entry Reporting) se encuentra ahora publicado en el sitio Web [QIES Technical Support Office](#). El software LASER también será publicado pronto en el sitio Web de CMS [LTCH Quality Reporting Program \(QRP\)](#). Por favor, consulte el sitio Web con frecuencia y CMS enviará una notificación cuando sea publicado.

### Actualizaciones de adiestramiento LTCH

CMS ha publicado las dos nuevas sesiones de adiestramiento grabadas para LTCH en el sitio Web [Quality Improvement and Evaluation System \(QIES\) Technical Support Office \(QTSO\)](#):

- **El LTCH Assessment Submission Process** – proporciona las instrucciones necesarias para la presentación del LTCH CARE Data Set al QIES ASAP Submission System, a partir del 1 de octubre de 2012.
- **Reportes CASPER para LTCH** – proporciona información sobre cómo acceder e interpretar el sistema generado por ASAP y el informe final de validación del proveedor LTCH, identifica otros informes disponibles para LTCH, y da una visión general de la funcionalidad básica de la aplicación CASPER Reporting.

Con la adición de las dos sesiones anteriores de adiestramiento WebEx, todos los adiestramientos de LTCH CARE Data Submission y LASER se encuentran publicados. CMS quiere asegurarse de que los LTCH tienen conocimiento de los siguientes cursos de formación técnica WebEx relacionados con LTCH CARE Data Submission y LASER que están disponibles para su descarga en el sitio Web [QIES Technical Support Office \(QTSO\)](#):

**Los adiestramientos de presentación de datos están disponibles en la página Web [QTSO e-University](#)**

- CMSNet y QIES User ID Registration Training
- LTCH Assessment Submission Process
- LTCH Assessment and Validation Reports



**Los adiestramientos de LASER están disponibles en la página Web [QTSO LASER Download](#)**

- LASER Login Process
- LASER Patient and Assessment Entry
- LASER Import and Export Process
- LASER Reports
- LASER Demonstration Version of the tool

También puede acceder a estas grabaciones a través del sitio Web en la [página e-University QTSO](#). Por favor contacte a asistencia técnica de QTSO al (800) 339-9313 o [help@qtso.com](mailto:help@qtso.com) si tiene preguntas.

### Actualizaciones adicionales relacionadas con LTCH

En septiembre de 2012 fue publicada una fe de erratas en el documento titulado [LTCH QRP Manual Errata Sheet](#).

La presentación de diapositivas del 30 de agosto de 2012 LTCH del foro especial de puertas abiertas (SODF), donde la sección M del manual LTCH QRP fue revisado y relacionado, [está disponible en archivo de formato .zip de FAQ](#). La transcripción escrita y el archivo de audio de este LTCH SODF están [disponibles en el documento en formato PDF](#). También son asequibles a través de la página Web [CMS Special Open Door Forums](#).

El próximo SODF LTCH se llevará a cabo el jueves 20 de septiembre de 2012, a partir de las 2:30-4pm. Por favor siga revisando el sitio Web [CMS LTCH Quality Reporting Program \(QRP\)](#) y la página Web [CMS Special Open Door Forums](#) para actualizaciones, llamadas de información, materiales de conferencias, y temas de la agenda relacionados con las llamadas SODF.

*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 201209-05

## Pagos Prospectivos

### Actualización – sistema de pago prospectivo año fiscal 2013 de las instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: MM8000

Número de petición de cambio relacionado: 8000

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2520CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8000, que identifica los cambios que se requieren como parte del sistema de pago prospectivo anual de las instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados (IPF PPS) actualizado al año fiscal (FY) 2013, el anuncio de la actualización de IPF PPS se publicó el 7 de agosto de 2012. Estos cambios son aplicables a IPF en los pagos producidos durante el FY del 1 de octubre de 2012 al 30 de septiembre de 2013.

Puntos clave de CR 8000:

- Actualización de la bolsa del mercado
- Actualizaciones del Pricer
- Relación de costo-precio
- Actualización de MS-DRG
- Año fiscal 2010 “pre-floor”, índice de salario de hospital preclasificado
- Ajuste al costo de vida (COLA)

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8000.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8000, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2520CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2520, CR 8000

*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.*

#### 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.

## Actualización de octubre 2012 del sistema de pago prospectivo de hospital ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM8031  
 Número de petición de cambio relacionado: 8031  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de agosto de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2531CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8031 describe cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) de octubre de 2012. El editor de código ambulatorio integrado (I/OCE) de octubre de 2012 y OPPS Pricer reflejará el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), clasificación de pago ambulatorio (APC), indicadores de estatus (Si), modificador HCPCS, y adiciones de código de ingreso, cambios, y eliminaciones identificadas en el CR.

Los cambios claves en la actualización de abril son

como sigue:

- Pago para paciente externo por cirugía bariátrica laparoscópica
- Facturación por medicamentos, productos biológicos y radiofármacos
- Pagos para paciente externo transicional del año calendario 2012

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8031.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8031, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2531.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2531, CR 8031

*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

### Nueva edición de consistencia para validar el NPI del médico que atiende

Número de *MLN Matters*: MM7902  
 Número de petición de cambio relacionado: 7902  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de agosto de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2519CP  
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

A los proveedores institucionales se les requiere indicar el nombre del proveedor que atiende e identificadores para el cuidado médico del paciente y tratamiento reportado en reclamaciones institucionales para cualquier servicio que no sea reclamaciones de transportación no programada.

Efectivo para reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2013, una nueva edición de consistencia para reclamaciones institucionales asegurará que el proveedor institucional no ha utilizado su identificador nacional del proveedor (NPI) de facturación en el elemento de data del NPI del proveedor que

atiende. La única excepción a este proceso es para vacunas contra la influenza y pneumococcal y su administración cuando:

- Se facturan como el único servicio facturado en una reclamación
- Lista de facturación

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7902.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7902, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2519CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2519, CR 7902

*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.*

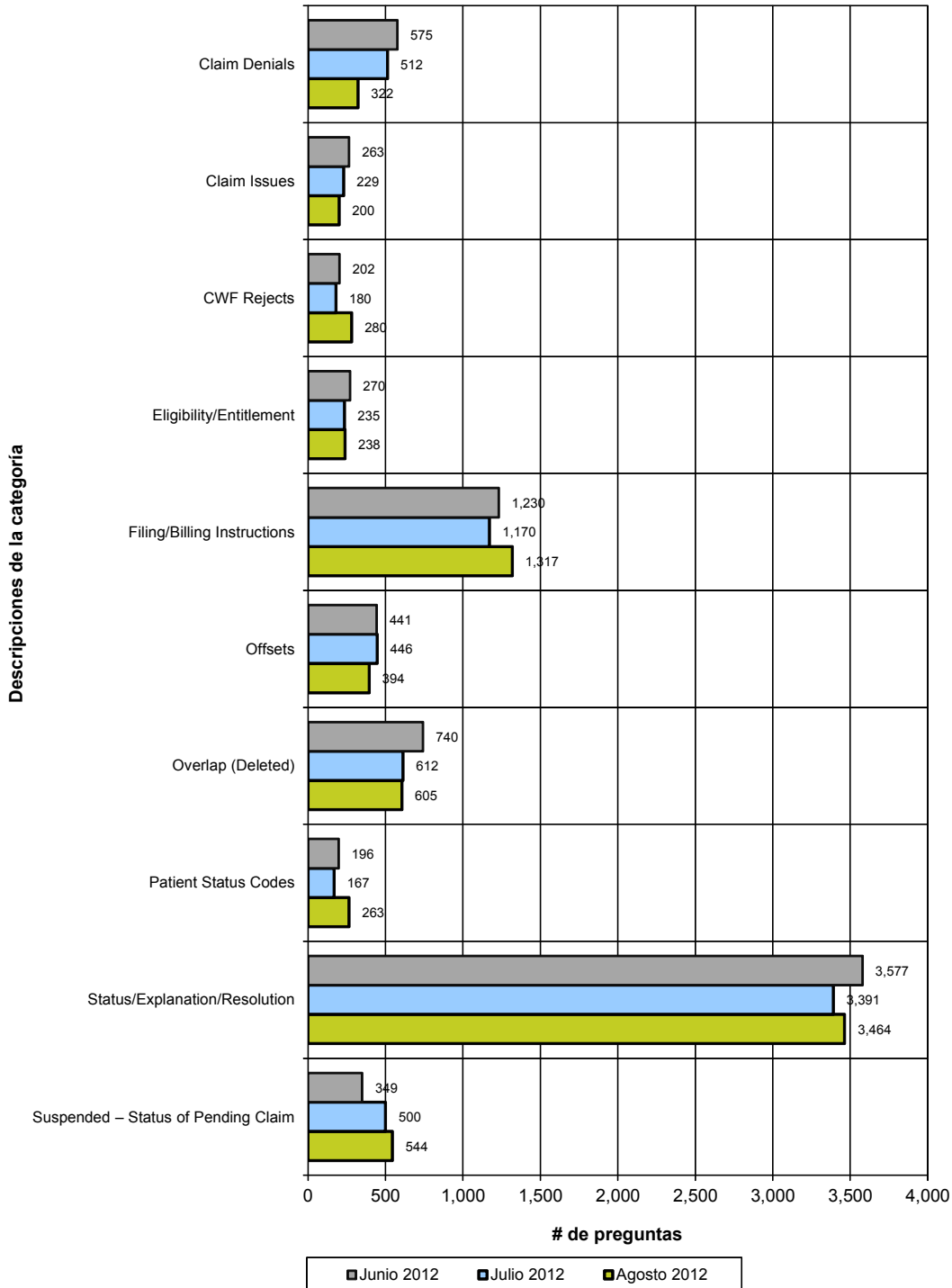


## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en junio-agosto de 2012

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de junio a agosto de 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

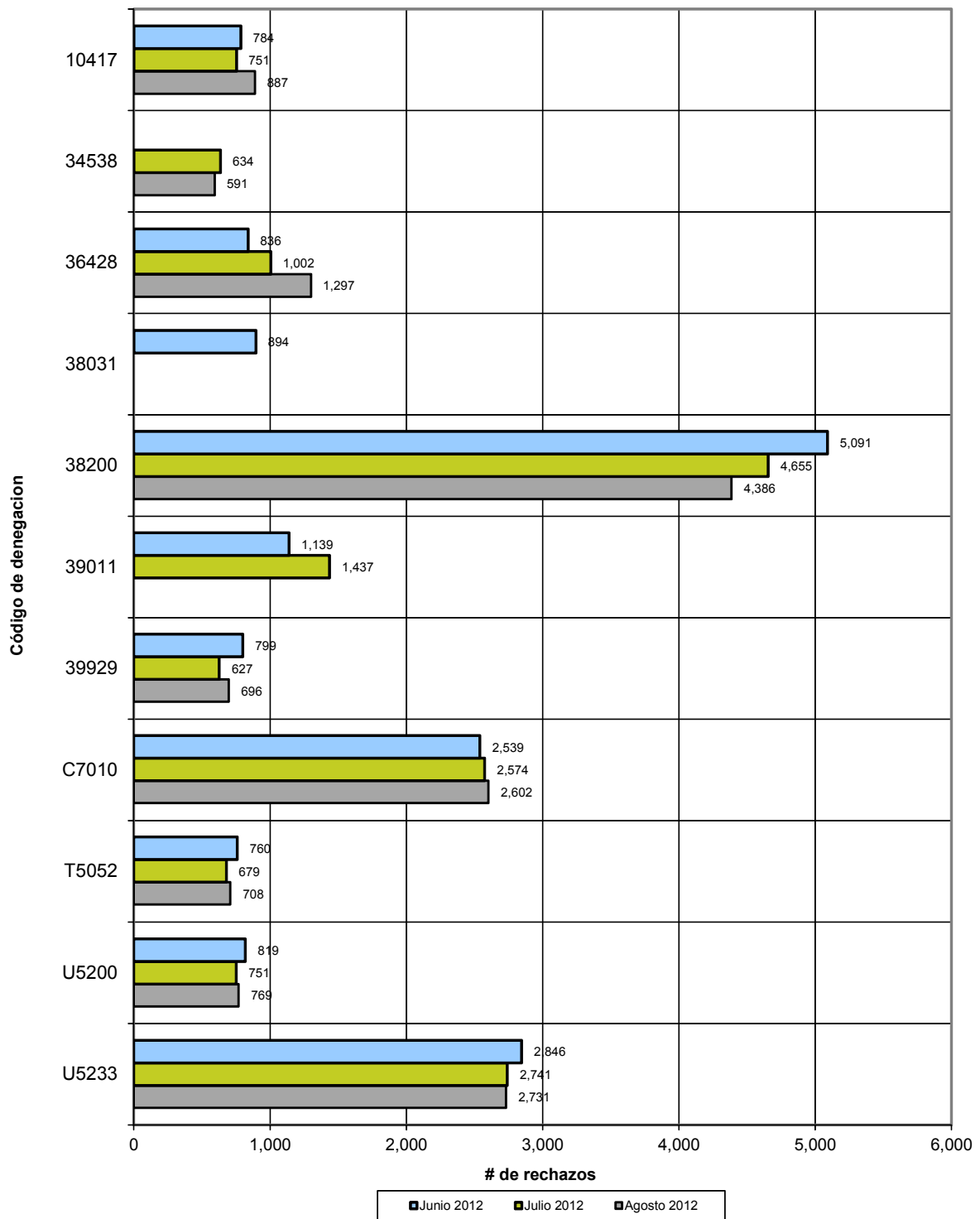
[http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/)

### Preguntas de Parte A más frecuentes en junio-agosto de 2012



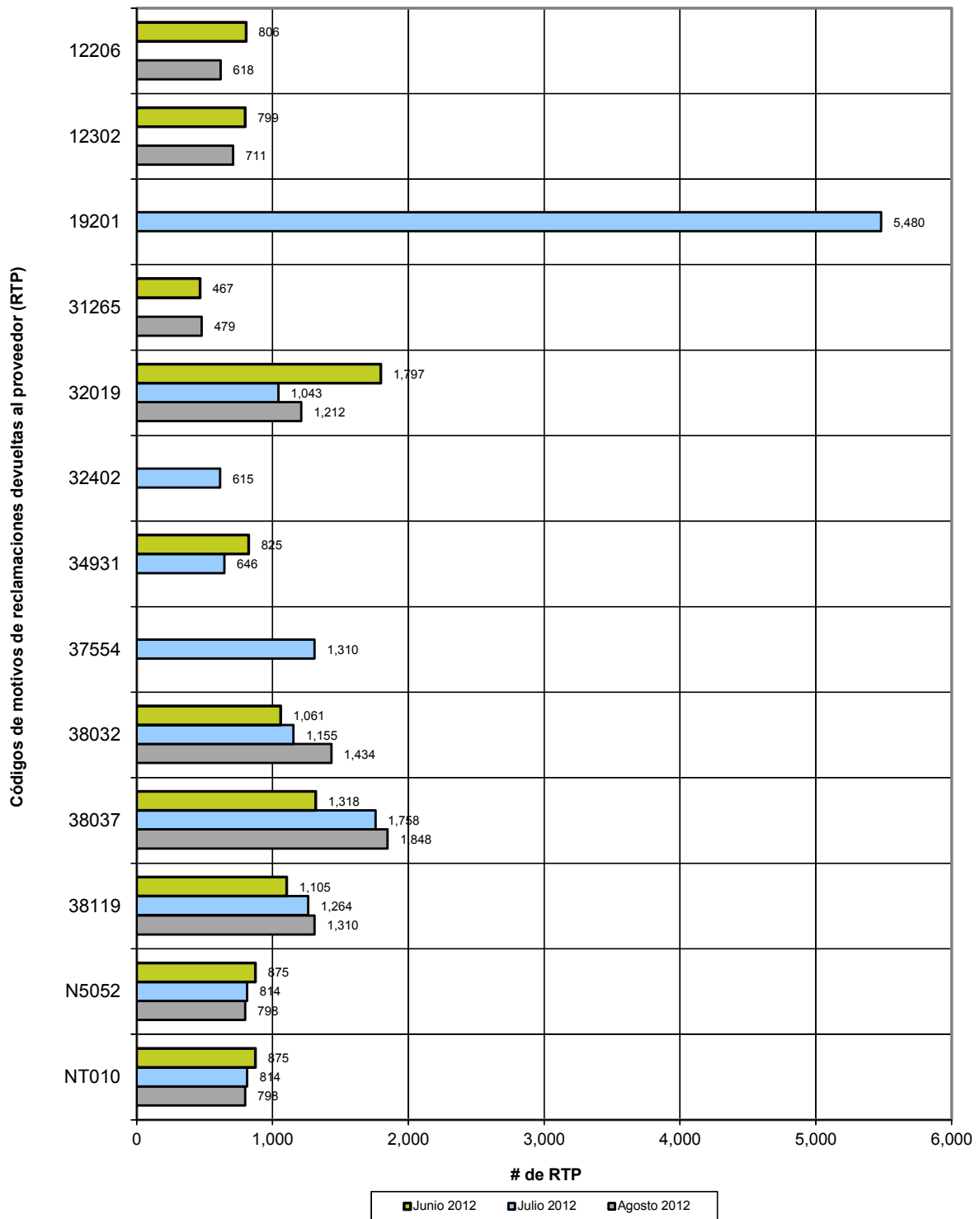
Gráficos... (Continuación)

Rechazos más frecuentes de Parte A en mayo-julio de 2012



Gráficos... (Continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en junio-agosto 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://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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

### Revisiones a las LCD existentes

AJ9055: Cetuximab (Erbix®) .....	29
AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®) .....	29
A22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions .....	30

### Información Médica Adicional

Aclaración del uso correcto y facturación de las inyecciones de adenosine .....	30
---	----

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisiones a las LCD existentes

### AJ9055: Cetuximab (Erbitux®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29097 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para cetuximab (Erbitux®) fue recientemente revisada el 7 de noviembre de 2011. Desde entonces, la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” se ha actualizado para incluir las siguientes nuevas etiquetas de indicaciones aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA):

- Indicación de la mutación negativa del gen K-Ras (de tipo agresivo), EGFR-expressing, cáncer colorrectal metastásico como lo determinan las pruebas aprobadas por la FDA. Erbitux no está indicado para el tratamiento de la mutación positiva del gen K-Ras en el cáncer colorrectal.
- También, Cetuximab está indicado para el uso en combinación con Folfiri para la primera línea de tratamiento como lo determinan las pruebas aprobadas de la FDA para este uso. FDA también ha aprobado Therascreen KRAS RGQ PCR Kit (QIAGEN Manchester, Ltd) simultáneo con esta aprobación de Cetuximab.

Además, también fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 11 de septiembre de 2012**, para servicios prestados **en o después del 6 de julio de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Los lineamiento de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

**Nota:** Para revisar LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor haga clic aquí.

---

### AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28977 (Florida)

Identificador de LCD: L29010 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue recientemente revisada el 14 de junio de 2011. Desde entonces, la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” se ha actualizado para incluir una nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para Lucentis® el 10 de agosto de 2012, para el tratamiento del edema macular diabético (EMD). Además, se han realizado cambios para aclarar el lenguaje de la sección de “Limitations” de la LCD relacionada con blefaritis crónica versus infección en los ojos. Además también fue actualizada la sección de la LCD, “Sources of Information and Basis for Decision”.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 13 de septiembre de 2012**, por los servicios prestados **a partir del 10 de agosto de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Los lineamiento de codificación para una LCD (cuando se presentan) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

**Nota:** Para revisar LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## A22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L32074 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la fusión espinal lumbar para condiciones de discos inestables y degenerativos fue más recientemente revisado el 1 de enero de 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La LCD fue revisada para clarificar el lenguaje bajo las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 4 de septiembre de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## Información Médica Adicional

### Aclaración del uso correcto y facturación de las inyecciones de adenosine

First Coast Service Options Inc. es consciente de la preocupación de la posible facturación donde los proveedores pueden estar comprando los equivalentes genéricos de Adenocard por error (código J0150 del HCPCS) para uso y facturación bajo el código J0152 del HCPCS (Adenoscan). Como recordatorio, los medicamentos aprobados para su comercialización por la Food and Drug Administration (FDA) se consideran seguros y eficaces cuando se usan siguiendo las indicaciones especificadas en la etiqueta, y los proveedores están obligados a codificar los servicios facturados para el reembolso de Medicare de acuerdo con el código de descriptor más preciso para el servicio que se está reportando. Según el *American Medical Association (AMA) 2012 HCPCS Level II coding book*, los siguientes descriptores indican que Adenocard (código J0150 del HCPCS) está destinado para uso **terapéutico**, y Adenoscan (código J0152 del HCPCS) está destinado para uso **diagnóstico**.

- **Código J0150 del HCPCS inyección National Drug Code (NDC):** Adenocard (inyección adenosine), es para uso terapéutico y está indicado para la conversión rápida a ritmo sinusal de la taquicardia supraventricular paroxística (PSVT), incluyendo la asociada con accesorios de vías de bypass (Wolff-Parkinson-White Syndrome). Adenocard es suministrada en 6mg (2ml) y 12 mg (4ml) jeringas precargadas.
- **Código J0152 del HCPCS inyección NDC:** Adenoscan (inyección adenosine), es para uso diagnóstico, se indica como complemento de thallium-201 escintigrafía de perfusión miocárdica en pacientes que no pueden ejercitarse adecuadamente. Adenoscan es suministrado en 60 mg (20 ml) y 90 mg (30 ml) viales de un uso desarrollados para procedimientos individuales.

Tenga en cuenta que según el *HCPCS 2012 Level II coding book*, los compuestos de adenosine phosphate deberán ser facturados usando el código A9270 del HCPCS (artículo o servicio no cubierto).

El sistema de pago basado en el precio promedio de venta (ASP) está diseñado para alinear más estrechamente los pagos a los costos de adquisición de los proveedores. Por consiguiente, un NDC particular deberá ser facturado bajo el código HCPCS que asigne el NDC. Se anima a los proveedores a realizar una auditoría interna y, cuando sea apropiado, presentar voluntariamente los sobrepagos dentro de los 45 días de esta notificación.

## 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_A/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp</a> (inglés) 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 2012 a septiembre de 2013.	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

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

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

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

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

1-800-754-7820

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

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

### DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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



## Facturación

### Servicios de terapia facturados por médicos



En un esfuerzo para proteger el Medicare Trust Fund y asegurar pagos apropiados, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) implementó el programa de Comprehensive Error Rate Testing (CERT). CERT mide la precisión de pagos de Medicare fee-for-service (FFS). Los contratistas de CERT generan un número de medidas y estadísticas que reflejan cuán efectivamente los proveedores presentan sus reclamaciones y cómo los contratistas de Medicare revisan y pagan esas reclamaciones.

El análisis de First Coast Service Options Inc. (FCSO) de errores de CERT identificó una tendencia de aumento de errores de pago de reclamaciones en el reporte de CERT de noviembre 2011 cuando los servicios de terapia son facturados por un médico en el estado de Florida. Los servicios facturados por las especialidades médicas representaron 70 por ciento de los dólares pagados incorrectamente por servicios de terapia con una tasa de 19.05 por ciento de error de pago de reclamación (basado en dólares). Adicionalmente, experiencia del pasado de revisión médica ha identificado altas tarifas de error de reclamación cuando los servicios de terapia son facturados por médicos. Las razones más comunes para que un error sea asignado son documentación insuficiente, incluyendo incumplimiento de los requisitos de documentación de Medicare específicos a servicios de terapia e incumplimiento de la necesidad médica.

Actualmente los servicios de terapia facturados por podología y especialidades de práctica general están sujetos a revisión de prepago. En un esfuerzo para prevenir pagos de reclamaciones inadecuados por servicios de terapia facturados por médicos, actividades de revisión de prepago será expandido para incluir la especialidad de práctica de familia. **Una edición de revisión médica de prepago será implementada el 28 de agosto de 2012.** Esta edición de prepago requerirá presentar los registros médicos para respaldar los servicios de terapia física facturados por profesionales de la salud de práctica de familia.

### Requisitos de Medicare para servicios de terapia

Los servicios de terapia deben ser pagables cuando el registro médico y la información en el formulario de reclamación reportan consistentemente y con precisión servicios de terapia cubiertos. La documentación debe ser legible, relevante, y suficiente para justificar los servicios facturados.

El paciente recibiendo servicio de terapia ambulatoria debe estar bajo el cuidado de un médico/profesional de la salud (NPP). Un NPP significa un asistente médico, especialista de enfermería clínica o enfermera practicante, quien puede, si el estado y la ley local lo permite, y cuando se siguen las reglas correspondientes, proveer, certificar o supervisar servicios de terapia.

Los servicios de terapia **deben** relacionarse directa y específicamente a un plan de tratamiento por escrito. El plan (también conocido como un plan de cuidado o plan de tratamiento) **debe** ser establecido antes de comenzar el tratamiento. El plan es establecido cuando es desarrollado (por ejemplo, escrito o dictado). La firma e identidad profesional de la persona quien estableció el plan, y la fecha en que fue establecido **debe** ser registrada en el plan.

Varias entidades pueden solicitar documentación para respaldar servicios facturados al programa de Medicare (por ejemplo, contratista administrativo de Medicare [MAC], CERT, contratista de auditoría de recuperación [RAC], contratistas de integridad de programa de zona [ZPIC], o la oficina del inspector general [OIG]). La siguiente documentación **debe** ser presentada en respuesta a una petición de documentación, a menos de que el contratista solicitante especifique lo contrario.

- Evaluación y plan de cuidado (POC) (tal vez uno o dos documentos). Incluya la evaluación inicial y cualquier reevaluación relevante al episodio que está siendo revisado; certificación (aprobación del plan del médico/NPP), y recertificación cuando los registros son solicitados luego de que la certificación/recertificación se venza;
- Reportes de progreso (incluyendo notas de alta, si aplican) cuando los registros son solicitados luego de que los reportes se venzan;
- Las notas de tratamiento para cada día de tratamiento (pueden también servir como reportes de progreso cuando la información requerida es incluida en las notas). Las notas de tratamiento diario deben indicar las

*(Continúa en la página siguiente)*

## Servicios... (Continuación)

modalidades individuales realizadas ese día. Las minutas deben ser documentadas para cada modalidad que represente un código basado en tiempo y el tiempo total en el tratamiento debe ser documentado; y

- Una declaración de justificación puede ser incluida como un documento separado o dentro de otros documentos si el proveedor/suplidor desea asegurar que el contratista entiende el razonamiento para servicios que son más extensivos que lo típico para la condición tratada. Una declaración separada no es requerida si el registro justifica el tratamiento sin explicación adicional. Si se espera que el paciente exceda el límite de terapia, el registro debe claramente indicar la necesidad médica para que el paciente reciba servicios cubiertos sobre el límite.

**Nota:** El uso excesivo del modificador KX (Requerimientos especificados en la póliza médica han sido cumplidos) puede indicar facturación abusiva.

Los servicios de terapia tienen su propio beneficio bajo la Sección 1861 del Social Security Act (el Acta) y debe ser cubierto cuando es provisto según los estándares y condiciones del beneficio descrito en los manuales de Medicare. La ley 1862 (a) (20) del Acta requiere que se pague por un servicio de terapia facturado por un médico/NPP sólo si el servicio cumple con los estándares y condiciones – excepto otorgamiento de licencias – que aplicarían a un terapeuta.

Medicare está autorizado para pagar **sólo** por servicios provistos por aquellos entrenados específicamente en terapia física, terapia ocupacional o patología del habla. Eso significa que los servicios de entrenadores atléticos, terapeutas de masaje, terapeutas recreacionales, cinesiterapeuta, especialistas de poca visión, o cualquier otra profesión no puede ser facturada como servicios de terapia cubiertos.

En adición, no hay cobertura por servicios provistos “incidente a” el servicio de un terapeuta. Aunque los asistentes de terapeutas físicos (PTA) y asistentes de terapeutas ocupacionales (OTA) trabajan bajo la supervisión de un terapeuta y sus servicios pueden ser facturados por el terapeuta, sus servicios están cubiertos bajo el beneficio para servicios de terapia y no por el beneficio para servicios “incidente a” un médico/NPP. Los servicios provistos por los PTA y OTA no son incidentes a los servicios del terapeuta. Un terapeuta físico debe supervisar los PTA y un terapeuta ocupacional debe supervisar los OTA. El nivel y frecuencia de supervisión se diferencia por ambiente (y por ley estatal o local). La supervisión general es requerida para los PTA en todos los ambientes excepto en práctica privada (la cual requiere supervisión directa) a menos de que los requerimientos de práctica del estado sean más estrictos, en cuyo caso requerimientos estatales o locales deben ser seguidos.

El servicio de un PTA y OTA no debe ser facturado como servicios “incidente a” el servicio de un médico/NPP, por que no cumple con las cualificaciones de un terapeuta. Sólo los servicios provistos por un terapeuta licenciado o un individuo quien ha completado un plan de estudios acreditado de PT u OT y están cualificados para licenciatura puede proveer servicios “incidente a” el médico/NPP.

Se le recomienda a los proveedores a revisar los requerimientos completos para facturación de servicios de rehabilitación que se encuentran en la determinación de cobertura local (LCD) para servicios de rehabilitación y terapia de FCSO [L29289](#) (Florida) así como también los requerimientos que se encuentran en el manual electrónico de CMS (IOM), [Pub. 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15, Sections 220-230](#).

## Información adicional

Visite la página de [servicios de rehabilitación](#) del sitio web del proveedor de Medicare de FCSO para las últimas noticias sobre servicios de terapia. Para aprender sobre los próximos eventos educacionales relacionados a servicios de terapia visite el [calendario de eventos](#) para más información.

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

### Encuentre rápido sus favoritos – utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.

## Interpretaciones de radiología y EKG proporcionadas a los pacientes en la sala de emergencias

A través del análisis de datos, First Coast Service Options (FCSO) ha identificado una potencial facturación inapropiada de las interpretaciones de radiología y electrocardiograma facturadas en la misma fecha de servicio, por más de un proveedor en la sala de emergencias (lugar de servicio 23).

Los lineamientos de Medicare para los servicios de radiología del Medicare Claims Processing Manual, capítulo 13 establece:

Las aseguradoras generalmente diferencian entre una “interpretación y un reporte” de un procedimiento de rayos X o un EKG y una “revisión” del procedimiento. Un componente profesional de facturación basado en una revisión de los resultados de estos procedimientos, sin un reporte completo por escrito, similar al que será preparado por un especialista en el campo, no cumple con las condiciones para un pago por separado del servicio. Esto se debe a que la revisión ya está incluida en el departamento de emergencias en evaluación y gestión de pagos (E/M). Por ejemplo, una anotación en los registros médicos que dice “fx-tibia” o EKG-normal no sería suficiente como una interpretación y reporte del procedimiento pagable por separado y se debe considerar una revisión de los resultados por pagar a través del código E/M. Una “interpretación y reporte” deberá tratar los resultados, aspectos clínicos relevantes, y datos comparativos (cuando están disponibles).



Generalmente, las aseguradoras deben pagar solamente por una interpretación de un procedimiento de EKG o rayos X realizado a los pacientes en la sala de emergencias.

Elas pagan por una segunda interpretación (que puede ser identificada mediante el uso del modificador “-77”) sólo bajo circunstancias excepcionales (para las cuales se ha proporcionado documentación) tales como un resultado cuestionable donde el médico que realiza la interpretación inicial cree que se necesita la experiencia de otro médico o un cambio de diagnóstico como resultado de una segunda interpretación de los resultados del procedimiento.

Cuando las aseguradoras reciben múltiples reclamaciones por la misma interpretación, generalmente deben pagar por la primera factura recibida. Las aseguradoras deben pagar por la interpretación y reportar que contribuyeron directamente al diagnóstico y tratamiento de cada paciente. La especialidad del médico no se considera como el factor principal para decidir cuál interpretación y reporte se debe pagar independientemente del momento en que fue prestado el servicio.

Para tratar este tema FCSO planea implementar la edición de reclamaciones en los dos servicios de interpretación de radiología y electrocardiograma. FCSO pagará por la primera factura recibida y denegará la reclamación facturada con la segunda interpretación por la misma fecha de servicio, excluyendo las reclamaciones facturadas con el modificador 77. Las reclamaciones facturadas con el modificador 77 podrán recibir una revisión adicional, con un posible requerimiento de documentación para soportar la circunstancia inusual.

Si está en desacuerdo con la determinación hecha por Medicare, tiene el derecho a apelar esta decisión. Por favor siga el actual proceso de apelaciones como se describe en el manual solamente para Internet (IOM) publicación 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 29 - Appeals of Claims Decisions.

**EDI**

## Actualizaciones de código de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud: Efectivo en octubre 2012

Número de *MLN Matters*: MM8021  
 Número de petición de cambio relacionado: 8021  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2534CP  
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

El conjunto de código de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC) es mantenido por el National Uniform Claim Committee (NUCC) para clasificación estandarizada de proveedores del cuidado de la salud. El NUCC actualiza el conjunto de código dos veces al año con cambios efectivo el 1 de abril y el 1 de octubre.

La actualización de octubre consiste de la adición de dos nuevos HPTC, ambos bajo la nueva sección

individual, para tipos de proveedores dentales:

- 125J00000X Clasificación Terapeuta Dental
- 125K00000X Clasificación Terapeuta Dental de práctica avanzada

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8021.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8021, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2534CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2534, CR 8021

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

## Centros de Enfermería Especializada

### Información sobre el problema de procesamiento de reclamaciones de Medicare relacionados con los servicios de la Parte B para pacientes en centros de enfermería especializados

Se ha identificado un problema de procesamiento de reclamaciones de la Parte B de Medicare con la actualización anual 2012 de los códigos del *Healthcare Common Procedure Code System (HCPCS)* para la facturación consolidada del centro de enfermería especializada. Los servicios de la Parte B Medicare pudieron haber sido negados erróneamente por el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare. En otros casos, el sistema de procesamiento de reclamaciones pudo haber pagado y luego identificó un “sobrepago” de Medicare por error en estas reclamaciones. La situación se ha corregido el 30 de julio de 2012, pero los servicios que cumplan con el listado a continuación pueden haber sido afectados:

#### HCPCS para las fechas de servicio del 1 de enero de 2011, y posteriores, reclamaciones procesadas del 3 de enero hasta julio 29 de 2012:



- 21554 – hasta el 11 de marzo de 2012
- 96522 – hasta el 29 de julio de 2012
- 96571 – hasta el 29 de julio de 2012

#### HCPCS para fechas de servicio del 1 de enero de 2012, y posteriores, reclamaciones procesadas del 3 de enero de 2012 hasta julio 29 del 2012:

- 0079T
- 0163T
- 00790

(Continúa en la página siguiente)

## Información... (Continuación)

- 01630
- 00792
- 01632
- 00794
- 01634
- 00796
- 01636

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están trabajando con sus contratistas administrativos de Medicare (MAC) para identificar todas las reclamaciones negadas por error, así como cualquier sobrepago que fue identificado erróneamente y dio lugar a una carta de reclamación para que pueda hacerse los ajustes en los pagos apropiados.

Su MAC le aconsejará a través del sitio web y los mensajes listserv cuándo se espera concluir este proceso para que así pueda anticipar el momento en el que sus reclamaciones (junto con las notificaciones para la devolución de pagos) serán ajustados. CMS le da las gracias por su paciencia y nos disculpamos por las molestias.

*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 201209-04

## Información General

### Preguntas frecuentes sobre el panorama general de la CR 6417

Número de *MLN Matters*: SE1011

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

**P: ¿Cuál es el propósito de la petición de cambio (CR) 6417? ¿Cómo afectará las reclamaciones de la Parte B que requieren que se informe en la reclamación un proveedor que refiere/remite?**

**R:** La *petición de cambio (CR) 6417* de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) amplió el alcance actual de la edición de reclamaciones electrónicas e impresas para cumplir con los requisitos, establecidos por la *Ley del Seguro Social* (Social Security Act) para proveedores que refieren o remiten artículos o servicios a los beneficiarios de Medicare.

#### Estos requisitos incluyen:

- Los proveedores que refieren/remiten deben tener una *identificación única* en todas las reclamaciones de la Parte B iniciadas por referencias o remisiones.
- Los proveedores que refieren/remiten deben tener un *Identificador Nacional de Proveedor (National Provider Identifier, NPI)*.
- El proveedor que refiere/remite debe estar inscrito en Medicare y contar con un *registro de inscripción actualizado* en el Sistema de inscripción del proveedor en línea (Provider Enrollment Chain and Ownership System,

PECOS) basado en Internet.

- El proveedor que refiere/remite debe estar clasificado como un proveedor que es elegible para referir o remitir:
  - Doctor en medicina u osteopatía
  - Medicina dental
  - Cirugía dental
  - Medicina podológica
  - Optometría
  - Asistente médico
  - Especialista en enfermería clínica certificado
  - Enfermero practicante
  - Psicólogo clínico
  - Enfermera obstetra certificada
  - Trabajadores sociales clínicos

El propósito de la expansión de edición de reclamaciones es verificar que el proveedor que refiere/remite identificado en la reclamación cumpla con los criterios mencionados anteriormente. La expansión de edición de reclamaciones se implementará en dos fases.

#### Fase 1: 5 de octubre de 2009

La Fase 1 comenzó el 5 de octubre de 2009, y está programada para finalizar el 2 de enero de 2011. Durante la Fase 1, si el proveedor que refiere/remite no pasa las ediciones requeridas, la reclamación, de

*(Continúa en la página siguiente)*

## Preguntas... (Continuación)

todos modos, se procesará y se pagará (suponiendo que no hay otros problemas con la reclamación). Sin embargo, durante la Fase 1, el proveedor de facturación —el proveedor que proporcionó el artículo o servicio que se refirió o remitió— recibirá un **mensaje informativo** de Medicare en la remesa de pago.

El mensaje informativo notifica al proveedor de facturación que el proveedor que refiere/remite no es elegible para referir/remite (en función de los requisitos de tipos de proveedores) o que falta la identificación del proveedor que refiere/remite, que está incompleta o es inválida.

**Nota:** El mensaje informativo en un *ajuste de reclamaciones* que no pasa las ediciones indicará que la reclamación/el servicio carecen de información que es necesaria para la adjudicación.

## Fase 2– Se anunciará

Una vez que haya comenzado la Fase 2, si el proveedor que refiere/remite no pasa las ediciones

requeridas, se denegará la reclamación, y el proveedor de facturación no recibirá el pago por los artículos o por el servicio que fueron proporcionados en función de la referencia o remisión. Además, el proveedor de facturación recibirá un mensaje de denegación, en lugar de un mensaje informativo en la remesa de pago.

**Nota:** A pesar de que los CMS anunciaron previamente que la Fase 2 se programó para comenzar el 3 de enero de 2011, su implementación se demoró para permitir la resolución de atrasos en la inscripción de proveedores y otros problemas de sistemas.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1011.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1011

*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 ASC en octubre de 2012

Número de *MLN Matters*: MM8032

Número de petición de cambio relacionado: 8032

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2525CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8032 describe los cambios y las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago en octubre de 2012 para los centros de cirugía ambulatoria (ASC).

El pago de los medicamentos y productos biológicos a pagar por separado sobre la base del precio promedio de venta (ASP) se actualizará de forma trimestral tan pronto como las presentaciones ASP se encuentren disponibles. En los casos en que sean necesarios los ajustes a las tarifas de pago, basándose en las presentaciones más recientes de ASP, los cambios se incorporarán en las tasas de pago en el lanzamiento del archivo ASC DRUG en octubre de 2012.

Los cambios clave incluyen:

- Medicamentos y productos biológicos con pagos basados en ASP
- Nuevos códigos para los medicamentos y productos biológicos a pagar por separado bajo el sistema de pago ASC
- Pagos correctos enviados como incorrectos en el archivo de medicamentos ASC en julio de 2012.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8032.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8032, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2525CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2525, CR 8032

*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.*

## Recuperación de pagos de la Parte B en admisión de hospitalizaciones

A partir del 31 de agosto 2012, First Coast Servicio Options Inc. (FCSO) comenzó a emitir las **cartas de notificación** que asesoran a los cirujanos de la Parte B de la intención de recuperar los pagos de la B. **Esta no es una carta de reclamo por sobrepago.** Los cirujanos de la Parte B recibirán en una futura correspondencia la carta de reclamo por sobrepago, que incluye orientación sobre derechos de apelación. Esta es un ejemplo de la carta de notificación:

**Re: OVERPAYMENT RECOUPMENT ACTION**

Beneficiary Name: [REDACTED]  
HIC: [REDACTED]  
ICN: [REDACTED]  
Date(s) of Service: [REDACTED]

Dear Provider:

First Coast Service Options, Inc. (FCSO) serves as the Medicare Administrative Contractor (MAC) for Jurisdiction 9 (J9) which includes Florida, Puerto Rico and U.S. Virgin Islands. One of the primary responsibilities of the MAC is to prevent improper payments. The Centers for Medicare and Medicaid Services utilize the Comprehensive Error Rate Testing (CERT) program to measure improper payments made by the Medicare Fee-for-Service program. For more information regarding the CERT program, you can go to the following FCSO link: <http://medicare.fcsso.com/Landing/203608.asp>.

One of the primary drivers of CERT payment errors nationally and in J9 involves inpatient hospital services where the patient was admitted for an inpatient procedure or required a procedure during hospitalization and documentation submitted by the hospital (e.g., physician H&P, progress notes, operative reports, etc.) failed to support medical necessity for the procedure. In some cases, the procedure(s) in question is subject to medical necessity requirements defined in national coverage determinations (NCD) and/or local coverage determinations (LCD). For more information on this issue go to <http://medicare.fcsso.com/CERT/index.asp> and click on the link for "Improper Payments and Inpatient Prepayment Medical Review."

Pub. 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 16, Section 180 states that services "related to" noncovered services, including services that are not covered because they are determined to be not reasonable and necessary, are not covered services under Medicare. Therefore, FCSO has initiated overpayment recoupment of the Part B services performed by the surgeon, co-surgeon and assistant surgeon (as applicable) for the patient on the above identified date of service based on a medical necessity denial of the corresponding inpatient DRG claim.

This letter serves to notify you of the intent to recoup Part B payment. This is not an overpayment demand letter. You will receive the overpayment demand letter which includes your appeal rights in a future correspondence.

### Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

- Inscríbase para eventos en vivo
- Explore cursos en línea
- Encuentre información de CEU
- Descargue eventos grabados



Aprenda más en [www.fcsouniversity.com](http://www.fcsouniversity.com).

## Resultados generalizados de la investigación: servicios de terapia facturados por medicina física y médicos de rehabilitación

First Coast Service Options Inc. (FCSO) condujo una revisión generalizada de la investigación (WSP) en respuesta al patrón de facturación irregular de los códigos CPT® 97032 (*Aplicación de una modalidad a una o más áreas; estimulación eléctrica [manual], cada 15 minutos*); 97035 (*Aplicación de una modalidad a una o más áreas; ultrasonido, cada 15 minutos*) y 97124 (*Procedimiento terapéutico, una o más áreas, cada 15 minutos; masaje incluyendo las técnicas effleurage, petrissage y/o tapotement [impresión, compresión, palpación]*) facturadas por especialidad 25 (medicina física y de rehabilitación) en Puerto Rico. Los resultados de la investigación generalizada produjeron una tasa de error de reclamación del 62 por ciento. La razón más común para asignar un error fue insuficiente documentación, incluyendo el no cumplir con los requisitos de documentación específica de Medicare para los servicios de terapia. Como resultado de los hallazgos de la investigación generalizada, FCSO ha puesto en marcha una edición de la revisión médica para servicios de terapia que fueron facturados por medicina física y médicos de rehabilitación en Puerto Rico.

El siguiente es un breve resumen de los requisitos de Medicare para servicios de terapia. Los servicios de terapia se pagarán cuando la historia clínica y la información en el formulario de la reclamación reporte, consistentemente y con exactitud, los servicios de terapia cubiertos. La documentación debe ser legible, relevante y suficiente para justificar los servicios facturados.

El paciente que recibe servicios de terapia ambulatorio debe estar bajo el cuidado de un médico / profesional de la salud (NPP). NPP significa un asistente médico, enfermera clínica especialista o enfermera practicante, que podrá, si las leyes estatales y locales lo permiten, y cuando se sigan las reglas apropiadas, proveer, certificar o supervisar los servicios de terapia.

Los servicios de terapia **deben** estar relacionados directa y específicamente a un plan de tratamiento escrito. El plan (también conocido como un plan de atención o plan de tratamiento) **debe** ser establecido antes de iniciar el tratamiento. El plan se establece cuando se está desarrollando (por ejemplo, escrito o dictado). La firma y la identidad profesional (por ejemplo, MD, OTR / L) de la persona que creó el plan, y la fecha en que se estableció **deben** de registrarse en el plan.

*El plan de atención deberá contener, como mínimo, la siguiente información según estipula la regla (42 CFR 424.24 y 410.61) Ver Pub. 100-02, Capítulo 15, sección 220.3 para más requerimientos de documentación).*

- *Diagnóstico*
- *Las metas a largo plazo del tratamiento; y*
- *Tipo, cantidad, duración y frecuencia de los servicios de terapia*

*El plan de atención deberá ser coherente con la evaluación relacionada, puede ser anexado y se considera incorporado en el plan. El plan debe esforzarse por proporcionar el tratamiento de la manera más eficiente y eficaz, equilibrando el mejor resultado alcanzable con los recursos adecuados. Las metas a largo plazo del tratamiento deben ser desarrolladas para el episodio completo de cuidado y no sólo por los servicios prestados bajo un plan para un intervalo de cuidados en el establecimiento actual. Cuando se anticipa que el episodio de atención es lo suficientemente extenso para requerir más de una certificación, los objetivos a largo plazo pueden ser específicos para la parte del episodio que está siendo certificada. Las metas*

**Nota:** El uso excesivo del modificador KX puede indicar facturación incorrecta.

*deben ser medibles y se refieren a determinadas deficiencias funcionales. Cuando los episodios en el establecimiento son cortos, es posible que no se logren los objetivos medibles, la documentación debe indicar las razones clínicas del progreso que no se puede mostrar. El tipo de tratamiento puede ser PT, OT, o SLP, o, cuando sea apropiado, el tipo puede ser la descripción de un determinado tratamiento o intervención. Cuando un médico / NPP establece un plan, el plan debe especificar el tipo (PT, OT, SLP) de terapia planeada.*

Varias entidades podrán solicitar la documentación para apoyar los servicios facturados al programa Medicare (por ejemplo, el contratista administrativo de Medicare [MAC], el programa de pruebas integrales de tasas de error [CERT], el contratista de recuperación de auditoría [RAC], el programa de zona de integridad del contratista [ZPIC], o la oficina de inspector general [OIG]). La siguiente documentación **debe** ser presentada en respuesta a una solicitud de documentación, a menos que el contratista que la solicita especifique lo contrario.

- Evaluación y plan de atención (POC) (puede ser uno o dos documentos). Incluir la evaluación inicial y cualquier re-evaluación importante para el episodio que está siendo examinado; Certificación (médico / NPP aprobación del plan) y recertificación cuando se solicitaron los registros después del vencimiento de la certificación / recertificación;
- Los reportes de progreso (incluyendo notas de dar de alta, si procede) cuando se solicitan los registros después del vencimiento de los informes;

*(Continúa en la página siguiente)*



## Resultados... (Continuación)

- Notas de tratamiento para cada día de tratamiento (también puede servir como informes de progreso cuando la información requerida está incluida en las notas). Las notas diarias del tratamiento deben indicar las modalidades individuales realizadas ese día. Deben ser documentadas en un acta para cada modalidad que representa un código basado en el tiempo y se debe documentar el tiempo total de tratamiento; y
- Puede ser incluida una declaración separada de justificación ya sea como un documento separado, o dentro de los otros documentos si lo desea proveedor / abastecedor para asegurar que el contratista entienda la razón por la cual los servicios son más amplios que en el tratamiento de una condición típica. Una declaración por separado no es necesaria si el registro justifica un tratamiento sin más explicaciones. Si se espera que el paciente supere el límite de la terapia, el registro debe indicar claramente la necesidad médica del paciente para recibir servicios cubiertos por encima del límite.

**Nota:** El uso excesivo del modificador KX (Requerimientos especificados que se han cumplido en la política médica) puede indicar facturación incorrecta.

Los servicios de terapia tienen su propio beneficio bajo la sección 1861 del Social Security Act (“the Act”) y se cubrirán cuando se proporcionen de acuerdo con las normas y condiciones del beneficio descrito en los manuales de Medicare. El estatuto 1862 (a) (20) del acto requiere que el pago sea hecho por un servicio de terapia facturados por un médico / NPP sólo si el servicio cumple con los estándares y condiciones – distinto de licencias – que se aplicarían a un terapeuta.

Medicare está autorizado a pagar **sólo** por los servicios prestados por personas formadas específicamente en terapia física, terapia ocupacional o patología del habla-lenguaje. Esto significa que los servicios de entrenadores deportivos, masajistas, terapeutas recreativos, kinesioterapeutas, especialistas en visión baja o cualquier otra profesión no pueden ser facturados como servicios de terapia cubiertos.

Además, no hay cobertura para los servicios

prestados “incidente” al servicio de un terapeuta. Aunque los asistentes de fisioterapeutas PTA y asistentes de terapia ocupacional OTA trabajan bajo la supervisión de un terapeuta y sus servicios pueden ser facturados por el terapeuta, sus servicios están cubiertos bajo el beneficio de servicios de terapia y no por el beneficio de los servicios “incidente a” un médico / NPP. Los servicios prestados por los PTA y OTA no son incidentes a los servicios del terapeuta. Un fisioterapeuta debe supervisar a los PTA y un terapeuta ocupacional debe supervisar a los OTA. El nivel y la frecuencia de la supervisión difieren por establecimiento (y por ley estatal o local). La supervisión general se requiere para los PTA en todos los establecimientos, excepto la práctica privada (lo cual requiere la supervisión directa) a menos que los requisitos estatales de práctica sean más estrictos, en cuyo caso los requisitos estatales o locales deben ser seguidos.

El servicio de los PTA y OTA no se facturarán como servicios “incidente” a un médico / NPP, debido a que no cumplen con los calificaciones de un terapeuta. Solamente los servicios proporcionados por un terapeuta con licencia, o una persona que ha completado un programa de estudios acreditado PT u OT y están calificados para obtener la licencia podrán prestar servicios “incidente” al médico / NPP.

Se anima a que los proveedores revisen los requisitos que se encuentran la determinación de cobertura local [L29399](#) de FCSO de los servicios de Terapia y Rehabilitación (Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos) así como los requerimientos que se encuentran en el manual único de Internet (IOM), [Pub. 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Capítulo 15, Secciones 220-230](#).

## Información adicional

Visite el sitio web de FCSO Medicare del proveedor en la página de [servicios de rehabilitación](#) para las noticias más recientes sobre los servicios de terapia. Para más información sobre los próximos eventos educativos relacionados con los servicios de terapia visitar el [calendario de eventos](#).

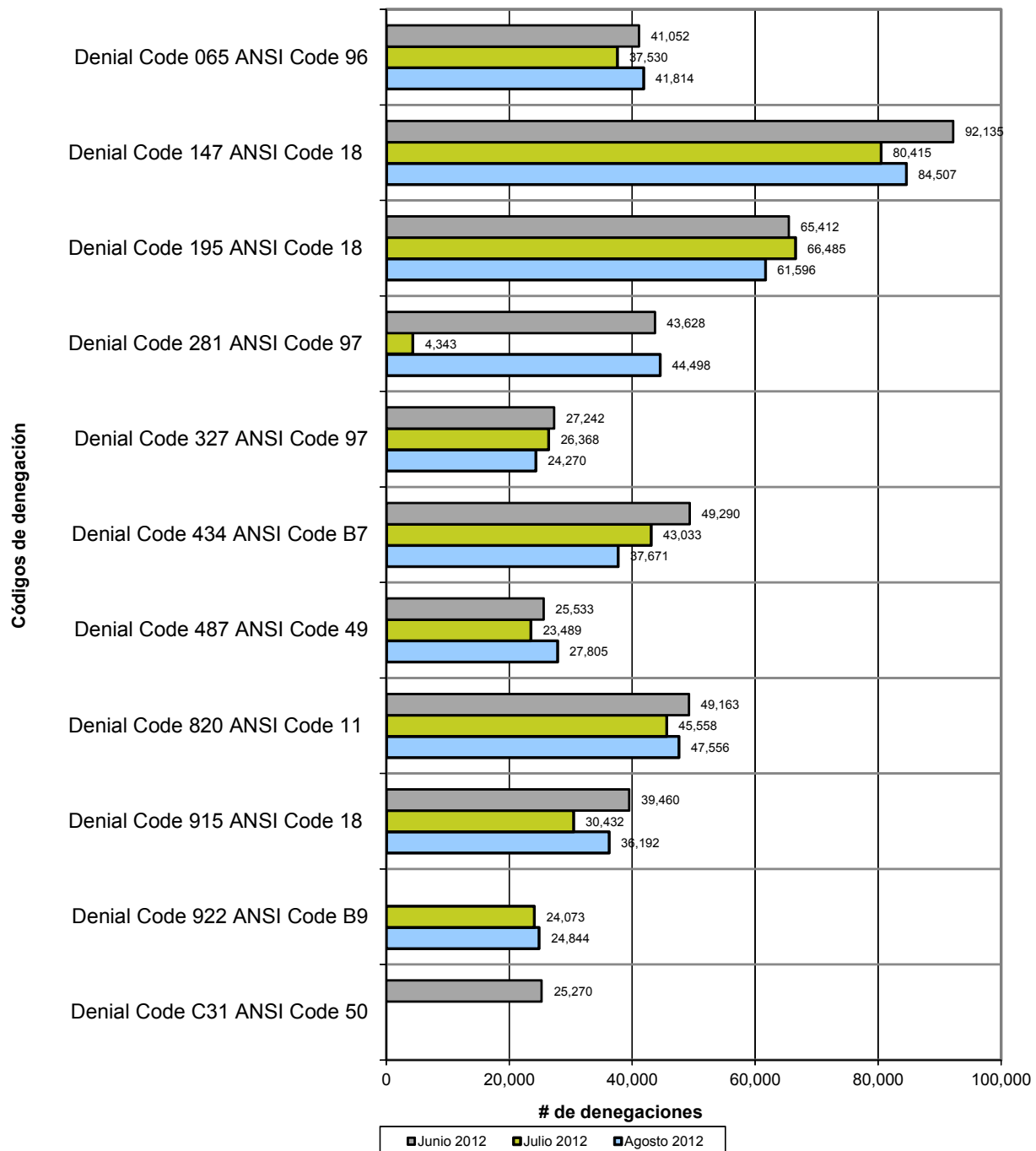
*Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.*

## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en junio-agosto de 2012

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de junio a agosto de 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

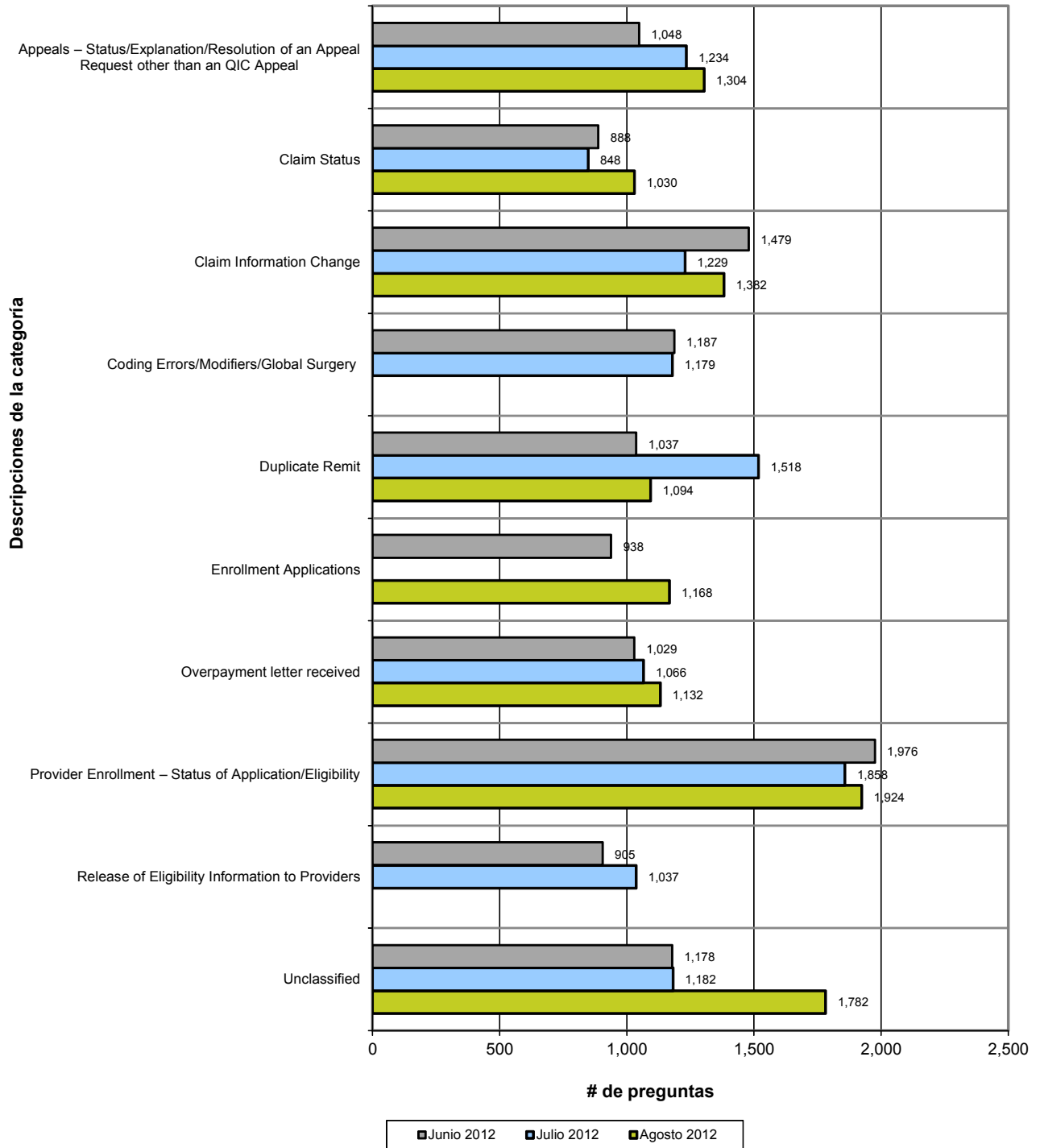
[http://medicareespanol.fcsoc.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fcsoc.com/Preguntas_y_denegaciones/)

### Denegaciones de Parte B más frecuentes en junio-agosto de 2012



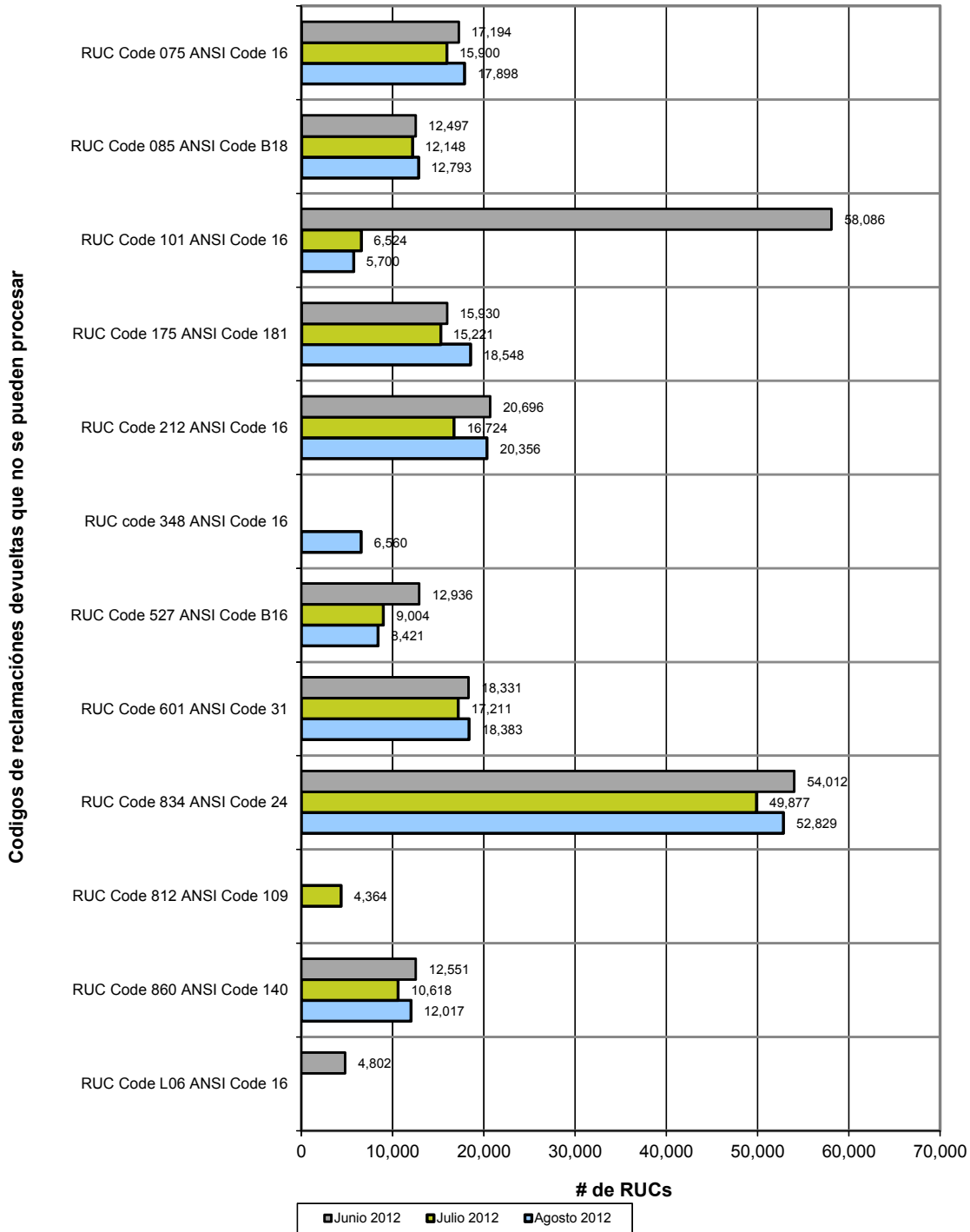
Gráficos.. (Continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en junio-agosto de 2012



Gráficos.. (Continuación)

**RUC de Parte B más frecuentes en junio-agosto de 2012**



## Determinaciones locales de cobertura

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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

### Revisiones a las LCD existentes

J9055: Cetuximab (Erbix®) .....	47
22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions .....	47
J2778: Ranibizumab (Lucentis®) .....	48

### Información Médica Adicional

Aclaración del uso correcto y facturación de las inyecciones de adenosine.....	48
--	----

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisiones a las LCD existentes

### J9055: Cetuximab (Erbix<sup>®</sup>) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29097 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para cetuximab (Erbix<sup>®</sup>) fue recientemente revisada el 7 de noviembre de 2011. Desde entonces, la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” se ha actualizado para incluir las siguientes nuevas etiquetas de indicaciones aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA):

- Indicación de la mutación negativa del gen K-Ras (de tipo agresivo), EGFR-expressing, cáncer colorrectal metastásico como lo determinan las pruebas aprobadas por la FDA. Erbitux no está indicado para el tratamiento de la mutación positiva del gen K-Ras en el cáncer colorrectal.
- También, Cetuximab está indicado para el uso en combinación con Folfiri para la primera línea de tratamiento como lo determinan las pruebas aprobadas de la FDA para este uso. FDA también ha aprobado Therascreen KRAS RGQ PCR Kit (QIAGEN Manchester, Ltd) simultáneo con esta aprobación de Cetuximab.

Además, también fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 11 de septiembre de 2012**, para servicios prestados **en o después del 6 de julio de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Los lineamiento de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

**Nota:** Para revisar LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

### 22533: Lumbar spinal fusion for instability and degenerative disc conditions – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L32076 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la fusión espinal lumbar para condiciones de discos inestables y degenerativos fue más recientemente revisado el 1 de enero de 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La LCD fue revisada para clarificar el lenguaje bajo las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 4 de septiembre de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## J2778: Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29266 (Florida)

Identificador de LCD: L29383 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue recientemente revisada el 14 de junio de 2011. Desde entonces, la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” se ha actualizado para incluir una nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para Lucentis® el 10 de agosto de 2012, para el tratamiento del edema macular diabético (EMD). Además, se han realizado cambios para aclarar el lenguaje de la sección de “Limitations” de la LCD relacionada con blefaritis crónica versus infección en los ojos. Además también fue actualizada la sección de la LCD, “Sources of Information and Basis for Decision”.

### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 13 de septiembre de 2012**, por los servicios prestados **a partir del 10 de agosto de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Los lineamientos de codificación para una LCD (cuando se presentan) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

**Nota:** Para revisar LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## Información Médica Adicional

### Aclaración del uso correcto y facturación de las inyecciones de adenosine

First Coast Service Options Inc. es consciente de la preocupación de la posible facturación donde los proveedores pueden estar comprando los equivalentes genéricos de Adenocard por error (código J0150 del HCPCS) para uso y facturación bajo el código J0152 del HCPCS (Adenoscan). Como recordatorio, los medicamentos aprobados para su comercialización por la Food and Drug Administration (FDA) se consideran seguros y eficaces cuando se usan siguiendo las indicaciones especificadas en la etiqueta, y los proveedores están obligados a codificar los servicios facturados para el reembolso de Medicare de acuerdo con el código de descriptor más preciso para el servicio que se está reportando. Según el *American Medical Association (AMA) 2012 HCPCS Level II coding book*, los siguientes descriptores indican que Adenocard (código J0150 del HCPCS) está destinado para uso **terapéutico**, y Adenoscan (código J0152 del HCPCS) está destinado para uso **diagnóstico**.

- **Código J0150 del HCPCS inyección National Drug Code (NDC):** Adenocard (inyección adenosine), es para uso terapéutico y está indicado para la conversión rápida a ritmo sinusal de la taquicardia supraventricular paroxística (PSVT), incluyendo la asociada con accesorios de vías de bypass (Wolff-Parkinson-White Syndrome). Adenocard es suministrada en 6mg (2ml) y 12 mg (4ml) jeringas precargadas.
- **Código J0152 del HCPCS inyección NDC:** Adenoscan (inyección adenosine), es para uso diagnóstico, se indica como complemento de thallium-201 escintigrafía de perfusión miocárdica en pacientes que no pueden ejercitarse adecuadamente. Adenoscan es suministrado en 60 mg (20 ml) y 90 mg (30 ml) viales de un uso desarrollados para procedimientos individuales.

Tenga en cuenta que según el *HCPCS 2012 Level II coding book*, los compuestos de adenosine phosphate deberán ser facturados usando el código A9270 del HCPCS (artículo o servicio no cubierto).

El sistema de pago basado en el precio promedio de venta (ASP) está diseñado para alinear más estrechamente los pagos a los costos de adquisición de los proveedores. Por consiguiente, un NDC particular deberá ser facturado bajo el código HCPCS que asigne el NDC. Se anima a los proveedores a realizar una auditoría interna y, cuando sea apropiado, presentar voluntariamente los sobrepagos dentro de los 45 días de esta notificación.

## 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 están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp</a> (inglés) 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 2012 a septiembre 2013.	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> (inglés) 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. <b>Nota:</b> 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 [ ]				
<b>Escriba de manera legible</b>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</b>	\$

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

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

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

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



## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Re-determinaciones

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

### Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Other Important Addresses

### DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

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

#### Take Home Supplies

#### Oral Anti-Cancer Drugs

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

### REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

#### Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

### RAILROAD MEDICARE

#### Railroad Retiree Medical Claims

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

### Inscripción de proveedores

#### Cambios de dirección postal

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

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

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

### Lista de vacunados contra la influenza

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

### Determinaciones locales de cobertura

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

### Cobro de deudas

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

### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

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

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

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

1-800-754-7820

### ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**