

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Marzo 2013



Los registros médicos extraordinarios brindan resultados médicos superiores para los pacientes

Herramienta de comunicación

Los médicos han aprendido, durante su capacitación, que el registro médico es su mejor póliza de seguros para comunicar la calidad de sus habilidades analíticas y su capacidad para resolver problemas y sirve de guía para el control de la complejidad de la atención de pacientes.

La evidencia que surge del aumento del uso de los registros de salud electrónicos confirma que, cuando se aplica de manera apropiada, el registro médico:

- reduce los errores en la atención de pacientes;
- reduce las tasas de información clínica faltante;
- fomenta la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia;
- reduce los costos al prevenir servicios duplicados y contraindicados;
- permite coordinar la atención a través del espectro de proveedores;
- mejora la calidad de los resultados médicos de los pacientes (vea las referencias 1 a 13 que figuran a continuación).

En esta edición

Dos nuevos códigos HCPCS	3
Medicare incrementa los gastos de viaje	7
Reducciones obligatorias de pago	9
Conversión a ICD-10	12
Estatus actual del límite de terapia.....	18
American Taxpayer Relief Act extiende disposiciones clave para hospitales pequeños	23
Nuevas pruebas con dispensa.....	33

Calidad de los registros

Cuando se estudió la contribución de los registros médicos rigurosamente estructurados en un entorno de atención crítica (síndrome coronario agudo) en una amplia muestra representativa de los hospitales de los EE. UU. (más de 200), los resultados fueron drásticos: *se observaron diferencias considerables de aumento en el estado de salud de supervivencia y de alta hospitalaria cuando se mantuvieron estándares altos de registros clínicos* (14).

En contraposición, los registros de calidad inferior de pacientes produjeron resultados médicos opuestos en todas las categorías mencionadas anteriormente.

El Colegio Americano de Calidad Médica (American College of Medical Quality, ACMQ) ha perfeccionado aún más los conceptos de calidad de atención y documentación médica (15).

Auditorías de necesidad médica

La doctrina de **necesidad médica**, que comenzó con la ley original exigida por las disposiciones de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) de 1965 (Medicare) y que

(Continúa en la página 20)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Implementación de la adjudicación para la jurisdicción 6.....	3
Dos nuevos códigos HCPCS para el cuidado de las heridas.....	3
Devolución de reclamaciones cuando el nombre y el HICN no coinciden	4
Plasma autólogo rico en plaquetas para heridas crónicas que no cicatrizan.....	5
Actualizaciones de código de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud	6
Archivo de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare de ASP	6
Medicare incrementa los gastos de viaje para la recolección de muestras	7
Actualización de abril a la base de datos del manual de tarifas fijas 2013	7
Reducción de pago de procedimiento múltiple para servicios de terapia seleccionados	8
Actualización de tarifa fija de DMEPOS 2013	8
Reducciones obligatorias de pago en el programa de Medicare	9
Reducciones de pagos especificados por secuestro	10
FAQ sobre reducciones de pago	10
Listas de verificación y líneas de tiempo de ICD-10.....	11
Conversión a ICD-10.....	12
Plan para mitigar el riesgo y hacer una suave transición a ICD-10.....	13
Actualización del manual sobre problemas de inscripción del proveedor	14
Preparándose para las ediciones de denegación de órdenes y referidos	14
Implementación de ediciones de reclamaciones para artículos y servicios	16
Clarificación de políticas en las reclamaciones para los centros de rehabilitación	16
Alertas de incumplimiento de los reportes funcionales de terapias	17
Estatus actual del proceso de revisión médica manual del límite de terapia	18
CMS reorganiza el capítulo del manual de política de beneficio de Medicare	18
Requisitos para solicitud de apelación para nueva determinación válida	19
Recuperación de pagos en exceso por visitas de bienestar anual	19
Recordatorio: Medicare provee cobertura para ultrasonido una sola vez.....	21
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	21
Recursos Educativos	
Próximos eventos educativos	22
Parte A	
American Taxpayer Relief Act extiende disposiciones clave para hospitales pequeños.....	23
Actualización de abril 2013 del sistema de pago prospectivo ambulatorio	24
Actualización de abril de 2013 del editor de código integrado	24
Requisitos para presentar reclamaciones de SNF de la Administración de Veteranos	25
Cómo solicitar un informe comparativo de facturación.....	26
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	27
Ordenar materiales de Parte A	30
Contactos Parte A de Puerto Rico	31
Información de contacto Florida y USVI	32
Parte B	
Nuevas pruebas con dispensa	33
Cómo ingresar los datos para proveedores que ordenan/refieren	33
Solicitando el reporte comparativo de facturación.....	34
Adición de códigos de la iniciativa nacional de codificación correcta	36
Directorio de suplidores y médicos participantes de la Parte B	37
Actualización a las instrucciones de procesamiento de reclamaciones	37
Actualización trimestral de abril para ediciones de iniciativa de codificación correcta.....	38
Actualización de 2013 del sistema de pago de centro quirúrgico ambulatorio	38
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	39
Ordenar materiales de Parte B	42
Contactos Parte B de Puerto Rico	43
Información de contacto Florida	44
Información de contacto Islas Vírgenes EE.UU.	45

Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 3
Marzo de 2013

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© 2012 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. First Coast 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

Implementación de la adjudicación para la jurisdicción 6 del contratista administrativo de Medicare

Número de petición de cambio relacionado: 8227

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han adjudicado el contrato de la jurisdicción 6 (J6 A/B MAC) para la administración de las reclamaciones de los servicios de tarifa fija de Medicare de la Parte A y la Parte B en los estados de Illinois, Minnesota y Wisconsin a National Government Services, Inc. (NGS).

El contratista también será responsable por el procesamiento de la facturación de Medicare Home Health plus Hospice (HH+H) en 13 estados y cinco territorios de los Estados Unidos: los estados de Alaska, Arizona, California, Hawaii, Idaho, Michigan, Minnesota, Nevada, Nueva Jersey, Nueva York, Oregon, Wisconsin y Washington, así como los territorios de Samoa Americana, Guam, Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. El J6 A/B MAC también administrará las reclamaciones para varios centros de salud calificados federalmente (FQHC).

Información adicional

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8227, 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/R1197OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1197, CR 8227

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.

Dos nuevos códigos HCPCS para el cuidado de las heridas fueron agregados a la facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM8246

Número de petición de cambio relacionado: 8246

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de marzo de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2672CP

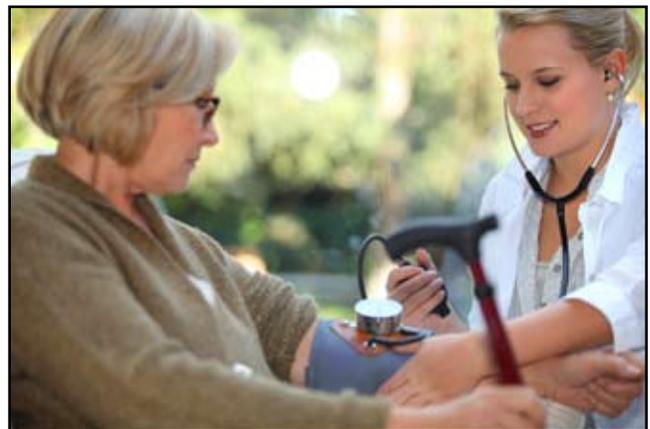
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron la facturación consolidada de salud en el hogar (HH), efectivo el 1 de julio de 2013, agregando dos códigos nuevos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para los servicios de terapia de presión negativa de heridas, prestados a los beneficiarios de Medicare.

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio 2013, CMS añadirá los siguientes códigos HCPCS a la lista de los códigos terapia de facturación consolidada para HH:

- G0456 (terapia de presión negativa de heridas, (por ejemplo, la recolección de drenaje asistida por vacío) utilizando un dispositivo mecánico de propulsión, no equipos médicos durables, incluido el suministro de cartucho(s) y vestidor(es), aplicación(es) tópica, la evaluación de la herida, y las instrucciones para el cuidado en curso, por sesión; total del área(s) de la superficie de la herida menor o igual a 50 centímetros cuadrados)



(Continúa en la página siguiente)

Dos nuevos... (continuación)

- G0457 (terapia de presión negativa de heridas, (por ejemplo, la recolección de drenaje asistida por vacío) utilizando un dispositivo mecánico de propulsión, no equipos médicos durables, incluido el suministro de cartucho(s) y vestidor(es), aplicación(es) tópica, la evaluación de la herida, y las instrucciones para el cuidado en curso, por sesión; total del área(s) de la superficie de la herida mayor a 50 centímetros cuadrados)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8246.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8246, 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/R2672CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2672, CR 8246

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.

Devolución de reclamaciones cuando el nombre y el HICN no coinciden

Número de *MLN Matters*: MM7260

Número de petición de cambio relacionado: 7260

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de marzo de 2013

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2670CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Si los sistemas de Medicare rechazan una reclamación debido a que el nombre del beneficiario no coincide con el número de la reclamación del seguro de salud (HICN), la reclamación será devuelta como no procesable con la información de los beneficiarios a partir de la identificación de la reclamación presentada de la siguiente manera:

- Reclamaciones de la Parte A serán devueltas al proveedor (RTP)
- Reclamaciones de la Parte B serán devueltas como no procesables con el código de denegación 140 (patient/insured health identification number and name do not match) el número de identificación del seguro de salud del paciente/asegurado y el nombre no coinciden

Cuando la reclamación se devuelve como no procesable, los códigos de remesas de pago MA130 y MA61 estarán indicados. Cuando la reclamación sea devuelta, usted recibirá la información del nombre del beneficiario que se presentó originalmente, en lugar de los datos de los beneficiarios asociados con el HICN introducido potencialmente de forma incorrecta. Anteriormente, Medicare devolvía el nombre del beneficiario que estaba asociado con el HICN dentro de sus archivos.

Si es recibido un ajuste de una reclamación cuando el nombre del beneficiario no coincide con el HICN presentado, la reclamación estará suspendida, y bajo revisión, ya sea que el ajuste sea corregido, desarrollado o eliminado; según lo que corresponda.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7260.pdf>.

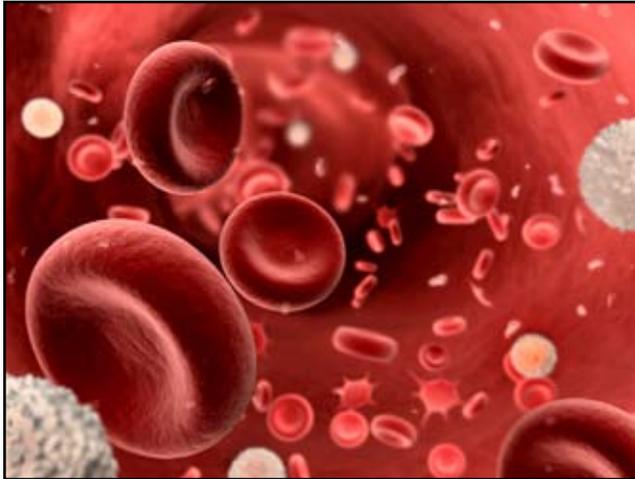
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7260, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2670CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2670, CR 7260

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 General

Plasma autólogo rico en plaquetas para heridas crónicas que no cicatrizan



Número de *MLN Matters*: MM8213 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8213
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de marzo de 2013
Fecha de efectividad: 2 de agosto de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R152NCD, R2666CP
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Nota: Este artículo es nuevo y revisado ya que la revisión se llevó a cabo el mismo día que fue publicado.

Los médicos han utilizado el plasma rico en plaquetas (PRP) en entornos clínicos o quirúrgicos, para una variedad de propósitos tales como un adhesivo en una cirugía plástica y relleno para heridas agudas. En adición, está ahora siendo utilizado en heridas cutáneas crónicas que no cicatrizan que persisten por 30 días o más.

PRP está cubierto para el tratamiento de heridas por presión y/o venosas de diabético crónico sólo cuando es provisto bajo un estudio de investigación clínica que cumple los requisitos específicos para evaluar los resultados de salud del tratamiento.

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 2 de agosto de 2012, los contratistas aceptarán y pagarán reclamaciones de PRP cuando todos los siguientes estén presentes:

- Código de diagnóstico V70.7 (dx secundario) (ICD-10 Z00.6)
- Código de condición 30 (sólo reclamaciones institucionales)
- Modificador de ensayo clínico Q0 (Servicio clínico en investigación provisto en un estudio de investigación clínico que está en un estudio de investigación aprobado)
- Código de valor D4 con un número de ensayo clínico de 8 dígitos (opcional, sólo reclamaciones institucionales)

Para reclamaciones institucionales, los servicios de PRP serán denegados cuando sean provistos en otro distinto a los TOB 12x, 13x, 22x, 23x, 71x, 75x, 77x, y 85x.

Para reclamaciones profesionales, los servicios de PRP serán denegados cuando sean provistos en cualquier otro lugar de servicio (POS) distinto a 11 (oficina), 22 (hospital ambulatorio), y 49 (clínica independiente).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8213.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8213, 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/R152NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2666CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 152, CR 8213 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2666, CR 8213

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

Actualizaciones de código de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud: efectivo en abril 2013

Número de *MLN Matters*: MM8211
 Número de petición de cambio relacionado: 8211
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de febrero de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2660CP
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013
 (contratistas quienes tienen la capacidad pueden implementar el 1 de abril de 2013 o después)

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 actualice el conjunto de códigos dos veces al año con cambios efectivos el 1 de abril y el 1 de octubre. La petición de cambio 8211 implementa el conjunto de códigos que es efectivo el 1 de abril de 2013.

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

Cuando revise el conjunto HPTC en línea, las revisiones hechas desde la última publicación pueden ser identificadas por el código de color: nuevos artículos son verdes; artículos modificados son anaranjados; y artículos inactivos son rojos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8211.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8211, 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/R2660CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2660, CR 8211

Tarifa Fija

Archivo de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare de ASP trimestral de julio de 2013 y revisiones para archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM8247
 Número de petición de cambio relacionado: 8247
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de marzo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2676CP
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) implementa el archivo de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare del precio promedio de venta (ASP) de julio de 2013 y los archivos revisados de abril de 2013, enero de 2013, octubre de 2012 y julio de 2012.

Medicare utilizará los archivos trimestrales de precios de medicamentos de Medicare Parte B ASP de julio de 2013 para determinar el límite de pago para reclamaciones de medicamentos de Medicare Parte

B, pagables por separado, procesadas o procesadas nuevamente a partir del 1 de julio de 2013, con fechas de servicio desde el 1 de julio hasta el 30 de septiembre de 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8247.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8247, 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/R2676CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2676, CR 8247

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

Medicare incrementa los gastos de viaje para la recolección de muestras

Número de *MLN Matters*: MM8203
Número de petición de cambio relacionado: 8203
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de marzo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2675CP
Fecha de implementación: 17 de junio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisarán el pago de los gastos de viaje para la recolección de muestras de laboratorio médicamente necesarias, en el hogar o en los hogares para ancianos de los beneficiarios de Medicare.

La nueva tarifa para el código HCPCS P9603, donde el viaje promedio al hogar de los pacientes excede las 20 millas, en un viaje de ida y regreso, es de \$0.565 por milla, más un adicional de \$0.45 por milla, para cubrir el tiempo del técnico y los gastos de viaje, para un total de \$1.02 por milla.

La nueva tarifa para el código HCPCS P9604 se paga sobre la base de una tarifa fija de \$10.15 de los gastos de viaje.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8203.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8203, 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/R2675CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2675, CR 8203

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

Actualización de abril a la base de datos del manual de tarifas fijas para médicos de Medicare 2013

Número de *MLN Matters*: MM8169
Número de petición de cambio relacionado: 8169
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de marzo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2663CP
Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8169, la cual instruye a los contratistas de Medicare para descargar e implementar una nueva base de datos del manual de tarifas fijas para médicos de Medicare (MPFSDB).

Ya que los archivos revisados no han sido publicados, First Coast Service Options Inc. (First Coast) no sabe la magnitud de los cambios programados a ser implementados en la publicación del 1 de abril. Sin embargo, First Coast proveerá más detalles en cuanto al alcance de los cambios una vez los

archivos sean recibidos de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid. Por favor continúe monitoreando la sección de las noticias de tarifas del sitio web medicareespanol.fcsco.com así como también las eNews que recibe semanalmente para más actualizaciones sobre los cambios en las tarifas fijas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8169.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8169, 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/R2663CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2663, CR 8169

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.

Reducción de pago de procedimiento múltiple para servicios de terapia seleccionados

Número de *MLN Matters*: MM8206
 Número de petición de cambio relacionado: 8206
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de febrero de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1194OTN
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Efectivo para todos los servicios de terapia facturados a partir del 1 de abril de 2013, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid implementarán la reducción de pago de procedimiento múltiple (MPPR) de 50 por ciento para todos los servicios de terapia provistos cuando múltiples servicios de terapia son facturados el mismo día por el mismo profesional de la salud o centro bajo el mismo NPI, sin importar si esos servicios de terapia son prestados en sesiones separadas.

Este ajuste afectará sólo los pagos de gasto de la práctica para servicios de terapia seleccionados provistos a los beneficiarios de Medicare pagados bajo la tarifa fija del médico de Medicare. El código con el valor de gasto de práctica más alto ese día será reembolsado al 100 por ciento, y los valores de gasto de práctica para códigos subsiguientes serán reducidos por 50 por ciento.

La reducción aplica a los 44 códigos del sistema de codificación de procedimiento común del cuidado de la salud (HCPCS) contenidos en la lista de servicios "siempre terapia", sin importar el tipo de proveedor. El artículo provee un ejemplo del cálculo de pago para ilustrar el cambio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8206.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8206, 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/R1194OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1194, CR 8206

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

Actualización de tarifa fija de DMEPOS 2013 ajusta las tarifas para los suministros de pruebas de diabetes y añade neuroestimuladores implantables

Número de *MLN Matters*: MM8204
 Número de petición de cambio relacionado: 8204
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de febrero de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013 para cantidades de tarifa fija para códigos vigentes el 1 de enero de 2013; 1 de abril de 2013 para todos los demás cambios
 Número de transmisión de CR relacionado: R2661CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicó su actualización trimestral para la tarifa fija del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos (DMEPOS) de 2013. La publicación de abril de 2013 ajusta las tarifas de reembolso para neuroestimuladores implantables y pedidos de



(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (continuación)

suministros de pruebas de diabetes no ordenados por correo.

Este artículo está basado en la petición de cambio 8204, la cual describe cambios a la tarifa fija e incluye enlaces a nuevos archivos descargables que reflejan actualizaciones de reembolso. La tarifa fija de DMEPOS original de 2013 no incluyó cantidades para códigos L8680 hasta L8688, los cuales cubren neuroestimuladores implantables.

Con la actualización, las cantidades de tarifa fija para pedidos de suministros de diabetes no ordenados por correo serán ajustados para que sean igual a las cantidades de pago único para suministros de diabetes ordenados por correo establecido en el programa nacional de licitación competitiva de orden por correo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8204.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8204, 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/R2661CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2661, CR 8204

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.

Reducciones obligatorias de pago en el programa de Medicare del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija – (Sequestration) secuestro

El Budget Control Act of 2011 requiere, entre otras cosas, una reducción general obligatoria en el gasto federal, conocida también como secuestro (sequestration). El American Taxpayer Relief Act de 2012 pospuso el secuestro de dos meses. Como lo requiere la ley, el presidente Obama emitió una orden de secuestro el 1 de marzo de 2013. La administración sigue solicitando al Congreso tomar medidas inmediatas para hacer frente a la incertidumbre actual del presupuesto y las dificultades económicas impuestas por el secuestro.

Este mensaje listserv está dirigido al programa de Medicare FFS (es decir, Parte A y Parte B). En general, las reclamaciones de Medicare FFS con fechas de servicio, o de alta médica, en o después del 1 de abril de 2013, incurrirán en una reducción del 2 por ciento en el pago de Medicare. Las reclamaciones por equipos médicos duraderos (DME), prótesis, ortóticos y provisiones médicas, incluidas las reclamaciones del programa de licitación competitiva DME, se reducirán en un 2 por ciento dependiendo si la fecha de servicio, o la fecha de inicio de alquiler de equipos o de múltiples días de suministros, es el 1 de abril de 2013.

El ajuste del pago de reclamaciones será aplicado a todas las reclamaciones luego de determinar el coaseguro, cualquier deducible aplicable, y cualquier ajuste aplicable de los pagos secundarios de Medicare.

Aunque los pagos de los beneficiarios para los deducibles y coaseguros no están sujetos a la reducción del 2 por ciento del pago, el pago a los beneficiarios de Medicare para reclamaciones que no han sido asignadas está sujeto a la reducción del dos por ciento. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) animan a los médicos, profesionales de la salud y proveedores para que facturen las reclamaciones sobre una base no asignada y así discutir con los beneficiarios el impacto del secuestro en el reembolso de Medicare.

Las preguntas sobre el reembolso se deben dirigir a su contratista de administración de reclamaciones de Medicare. Como se indicó anteriormente, CMS tiene la esperanza de que el Congreso tome medidas para eliminar las reducciones de los pagos obligatorios.

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 201303-02

Reducciones de pagos especificados por (sequestration) secuestro – clarificación

Una orden de secuestro fue emitida el 1 de marzo de 2013, la cual provee el 2 por ciento de reducción en los pagos de servicios de tarifa fijas de Medicare (FFS) para las fechas de servicio o las fechas del alta médica **en o después del 1 de abril de 2013**. Los subsidios del manual de Tarifas Fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) de la Parte B de Medicare, publicados en el sitio Web de First Coast Service Options (First Coast), no reflejan el ajuste de pago requerido bajo el secuestro.

Los ajustes de pago requeridos bajo secuestro deberán ser aplicados a todas las reclamaciones luego de determinar el pago de Medicare incluido en la aplicación de la tarifa fija actual, coaseguro, cualquier deducible aplicable y cualquier ajuste aplicable de Medicare como pagador secundario.

Para información adicional sobre ajustes de pago de secuestro, por favor, refiérase al artículo [Reducciones obligatorias de pago en el programa de Medicare del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija – \(Sequestration\) secuestro](#).

[Preguntas frecuentes acerca de \(sequestration\) secuestro](#).

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

FAQ sobre reducciones de pago (sequestration) secuestro federal

P: ¿La reducción de pago del 2 por ciento bajo secuestro aplica a las tarifas de pago reflejadas en los servicios de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud o solamente aplica a las cantidades de pago finales?

R: Los ajustes de pago requeridos bajo secuestro federal son aplicados a todas las reclamaciones después de determinar el pago de Medicare, incluyendo la aplicación de la tarifa fija actual, coaseguro, cualquier deducible aplicable, y cualquier ajuste aplicable de Medicare como pagador secundario. Todos los programas de tarifas fijas, Pricers, etc, no se han modificado por el secuestro, es sólo la cantidad del pago final la que se reduce.

P: ¿Cómo es identificada la reducción de pago del 2 por ciento bajo secuestro en la remesa de pago electrónica (ERA) y en la remesa de pago en papel (SPR) estándar?

R: El código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) 223 es usado para reportar la reducción del secuestro en ERA y en SPR.

P: ¿Cuál es el lenguaje para CARC 223?

R: “Código de ajuste para mandato federal, regulación/ley local o estatal que no haya sido ya cubierta por otro código y es requerido antes de que un nuevo código puede ser creado.”

P: ¿El 2 por ciento en la reducción será reportado en un campo separado en la remesa de pago?

R: Para reclamaciones institucionales de la Parte A, el ajuste es reportado en la remesa de pago al nivel de la reclamación. Para el médico/profesional de la salud de la Parte B, suplidor, y las reclamaciones de proveedores institucionales de pacientes ambulatorios, el ajuste es reportado al nivel de la línea.

P: ¿Cómo serán calculados los pagos en las reclamaciones?

R: La reducción es tomada de la suma de pago calculada, luego de que la suma aprobada es determinada y el deducible y el coaseguro son aplicados.

Ejemplo: un proveedor factura un servicio por una suma aprobada de \$100.00 y \$50.00 son aplicados al deducible. Queda un balance de \$50.00. Nosotros pagaríamos normalmente el 80 por ciento de la suma aprobada luego de que se alcanza el deducible, el cual es \$40.00 (\$50.00 x 80 por ciento = \$40.00).

El paciente es responsable por el 20 por ciento restante del monto del coaseguro de \$10.00 (\$50.00 - \$40.00 = \$10.00). Sin embargo, debido a la reducción del secuestro, el 2 por ciento de la suma de pago calculada de \$40.00 no es pagada, lo que resulta en un pago de \$39.20 en lugar de \$40.00 (\$40.00 x 2 por ciento = \$0.80).

P: ¿Cómo serán afectadas las reclamaciones no asignadas por la reducción del 2 por ciento bajo el secuestro?

R: Aunque los pagos de los beneficiarios hacia los deducibles y coaseguros no están sujetos a la reducción de pagos del 2 por ciento, los pagos a los beneficiarios de Medicare, por reclamaciones no asignadas, están sujetos a la reducción del 2 por ciento. El médico no participante, que factura sobre una base sin asignación, recolecta su pago completo por parte del beneficiario y el beneficiario de Medicare reembolsa la porción de Medicare (por

(Continúa en la página siguiente)

FAQ... (continuación)

ejemplo, el 80 por ciento del monto reducido de la tarifa fija.

NOTA: la “tarifa fija reducida” se refiere al hecho de que la cantidad aprobada por Medicare para las reclamaciones de los médicos/profesionales de la salud no participantes, es del 95 por ciento de la suma total de la tarifa fija). Esta cantidad reembolsada al beneficiario estará sujeta al secuestro de reducción del 2 por ciento al igual que los pagos a los médicos sobre las reclamaciones asignadas. Ambos son pagos a las reclamaciones, pero a diferentes partes. Si la suma límite se aplica a los servicios prestados, los proveedores no pueden cobrar más de la suma de la cantidad límite cobrada al beneficiario.

Ejemplo: un proveedor no participante factura una reclamación no asignada por un servicio con un cargo límite de \$109.25. El beneficiario sigue siendo responsable ante el proveedor por esta suma completa. Sin embargo, el secuestro afecta a la cantidad que Medicare reembolsa al beneficiario. La suma aprobada para la tarifa fija de los no participantes es \$95.00, y \$50.00 es aplicado al deducible. Resta un balance de \$45.00. Medicare normalmente reembolsa al beneficiario el 80 por ciento de la cantidad aprobada luego de que el deducible es alcanzado, el cual es \$36.00 (\$45.00 x 80 por ciento = \$36.00). Sin embargo, debido a la reducción del secuestro, el 2 por ciento de la suma del pago calculada en \$36.00 no es pagada al beneficiario, resultando en un pago de \$35.28 en cambio de \$36.00 (\$36.00 x 2 por ciento = \$0.72).

Animamos a los médicos, profesionales de la salud y proveedores que facturan por reclamaciones no asignadas, a discutir con sus pacientes de Medicare el impacto de las reducciones del secuestro para los pagos de Medicare.

P: ¿Esta reducción está basada en la fecha de servicio o en la fecha de recepción?

R: En general, las reclamaciones de Medicare FFS con las fechas de servicio o las fechas de alta médica en o después del 1 de abril de 2013, incurrirán en la reducción del 2 por ciento en el pago de Medicare. Las reclamaciones para el equipo médico duradero (DME), prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros, incluyendo las reclamaciones bajo el programa de oferta competitiva DME, serán reducidas por el 2 por ciento teniendo en cuenta si la fecha de servicio, o la fecha de inicio del alquiler de equipos o suministros por varios días, se encuentra en o después del 1 de abril de 2013.

ICD 10

Listas de verificación y líneas de tiempo de ICD-10

Para ayudar con la preparación para ICD-10, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) ha publicado nuevas [listas de verificación y líneas de tiempo](#) para pequeñas y medianas prácticas del proveedor, grandes prácticas del proveedor, hospitales pequeños, y pagadores. Estos recursos están diseñados para proveer un entendimiento de alto nivel de lo que requiere la transición a ICD-10 y cómo se comparan sus preparativos de ICD-10 con los plazos recomendados.

Listas de verificación

Las listas de verificación ofrecen listas fáciles de entender de tareas que CMS recomienda sean completadas antes de la fecha límite de ICD-10 del 1 de octubre de 2014. Cada tarea también incluye un plazo de tiempo estimado, permitiéndole planificar basado en su progreso actual. Dependiendo de su organización, usted puede ser capaz de realizar algunas de las tareas en una línea de tiempo comprimida o al mismo tiempo que otras tareas.

Líneas de tiempo

Las líneas de tiempo son un recurso de un sólo vistazo para tener una idea de cómo su transición está

avanzando. La línea de tiempo provee una guía visual a actividades claves de transición por fase.

Utilice estos recursos para identificar dónde tiene que enfocar sus esfuerzos. Luego usted puede consultar los recursos de más profundidad de ICD-10 disponible en el sitio web de CMS.

Manténgase al día sobre ICD-10

Visite el [sitio web de ICD-10 de CMS](#) para las últimas noticias y recursos para ayudarle a prepararse para la fecha límite del 1 de octubre de 2014.

Consejos prácticos de transición

Lea los [últimos mensajes de correo electrónico de actualización de ICD-10](#).

Acceda los [módulos de educación médica continua de ICD-10](#) desarrollados por CMS en asociación con Medscape.

La información contenida dentro de este artículo fue previamente publicada en una edición semanal del “CMS Medicare FFS Provider e-News.”

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

Conversión a ICD-10 y la infraestructura de códigos relacionada del sistema compartido de Medicare perteneciente a las NCD

Número de *MLN Matters*: MM8197

Número de petición de cambio relacionado: 8197

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de marzo de 2013

Fecha de efectividad: Por favor note que la fecha de implementación es anterior a la fecha efectiva con el fin de estar preparado para cumplir con la línea de tiempo para implementar los nuevos códigos de diagnóstico de ICD-10 el 1 de octubre de 2014. Los sistemas compartidos comenzaron la implementación de los cambios necesarios a las NCD en la publicación de sistemas de enero 2013 con CR7818, seguido por CR8109 en la publicación de abril 2013, y terminando con esta división de CR entre las publicaciones de julio 2013 y octubre 2013 (análisis y diseño/implementación).

Número de transmisión de CR relacionado: R1199OTN

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Efectivo 1 de octubre de 2014, todas las presentaciones de reclamaciones serán convertidas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a edición* (ICD-9) a ICD-10. De acuerdo con la norma final de ICD-10, todas las entidades de la industria del cuidado de la salud deben adherirse a la conversión la cual requiere cambios en los negocios y en los

sistemas.

El propósito de la petición de cambio (CR) 8197 es crear o actualizar la edición del sistema compartido codificado de la determinación de cobertura nacional (NCD) que contiene los códigos de diagnóstico ICD-9 comparables a los códigos de diagnóstico ICD-10 más toda la infraestructura de códigos asociados tales como códigos de procedimiento, mensajes de denegación, ediciones de frecuencia, etc.

Nota: la fecha de implementación es previa a la fecha de efectividad para estar preparados y cumplir con el cronograma para implementar los nuevos códigos de diagnóstico ICD-10, el 1 de octubre de 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8197.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8197, 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/R1199OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1199, CR 8197

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.

Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

¿Quién tiene el poder para mejorar su precisión y eficiencia de facturación? Usted – visite la sección de *Improve Your Billing* donde descubrirá las herramientas que necesita para aprender a como siempre facturar a Medicare correctamente – la primera vez. Usted encontrará los recursos de auto auditoría más populares de First Coast, incluyendo la hoja de cálculos interactiva de E/M, el reporte de resumen de data del proveedor (PDS), y el reporte de facturación comparativo (CBR).

Plan para mitigar el riesgo y hacer una suave transición a ICD-10

Para que su transición a ICD-10 sea suave considere los siguientes pasos:

- **Establezca un plan de transición.** Describa los pasos que su práctica se propone seguir para cumplir con los requisitos de ICD-10. Implemente hitos para mantener su práctica bajo control. Comparta su plan de transición con su EHR y con el sistema de gestión de vendedores del programa de facturación en su práctica. Hable con ellos acerca de cómo se puede crear pruebas antes de la fecha límite.
- **Comuníquese con los vendedores del programa de facturación de forma regular.** Anímelos a tomar medidas ahora para evitar demoras en los reembolsos. Hable con sus proveedores para asegurarse de que los sistemas de gestión de su práctica podrán manejar las transacciones de ICD-10. Pregúnteles sobre su calendario de capacitación de los cambios del sistema para el personal de su práctica. Asegúrese de que usted y sus vendedores del programa de facturación tengan el tiempo suficiente para probar los sistemas ICD-10.
- **Identifique todas las partes en las que su práctica usa ICD-9.** Cualquier función en la que usted actualmente use ICD-9 se verá afectada por la transición a ICD-10. Realizando una revisión de dónde usted usa ICD-9, podrá identificar dónde necesita estar preparado para usar los códigos ICD-10.
- **Plan para adiestramiento del personal.** Decida quién necesita adiestramiento, qué tipo de adiestramiento necesita, y cuándo lo necesita. Cualquier persona que pruebe los sistemas ICD-10 antes de la transición tendrá que recibir capacitación con antelación para que se puedan realizar pruebas significativas. Los usuarios que trabajan con los códigos de ICD-10 pueden ser

adiestrados de seis a nueve meses antes de la transición del 1 de octubre de 2014.

- **Relacionamiento con colegas.** Hablar con sus colegas en otras prácticas puede ayudar a identificar las mejores prácticas y oportunidades para compartir recursos.
- **Establecer un fondo de emergencia para cubrir posibles interrupciones en el flujo de efectivo en la tramitación de reclamaciones.** Si usted piensa que puede tener una seria interrupción en conseguir las reclamaciones procesadas después de la transición, tener una reserva de dinero en efectivo podría ser de ayuda.
- **Procesar las transacciones ICD-9 antes de la fecha límite.** Obtenga reclamaciones con las transacciones ICD-9 procesadas antes de la fecha límite para evitar enfrentar un retraso importante después de la transición de ICD-10 del 1 de octubre 2014.

Manténgase actualizado sobre ICD-10

Visite el [sitio Web de CMS ICD-10](#) para las últimas noticias y recursos para ayudarle a prepararse para la fecha límite del 1 de octubre de 2014.

Consejos prácticos de la transición

Lea [los correos electrónicos con mensajes recientes de actualización de ICD-10](#).

Ingrese a [los módulos de educación médica continua de ICD-10](#) desarrollados por CMS en sociedad con Medscape.

La información contenida dentro de este artículo fue previamente publicada en una edición semanal de "CMS Medicare FFS Provider e-News."

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



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.

Inscripción del Proveedor

Actualización del manual sobre problemas de inscripción del proveedor de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8155
 Número de petición de cambio relacionado: 8155
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de febrero de 2013
 Fecha de efectividad: 18 de marzo de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R450PI
 Fecha de implementación: 18 de marzo de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8155 provee actualizaciones al Capítulo 15 del *Medicare Program Integrity Manual*, la cual destaca numerosos problemas de inscripción del proveedor de Medicare. Ejemplos de estos problemas incluyen los siguientes:

- Rechazos de solicitudes
- Sospecha de robo de identidad u otra actividad fraudulenta
- Presentación de información adicional solicitada durante el proceso de aplicación
- Divulgando los intereses de la sociedad
- Planes de acción correctiva (CAP)

Asegúrese de que su personal esté familiarizado con todos los puntos clave descritos en este artículo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8155.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8155, 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/R450PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 450, CR 8155

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 dirijan 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.

Preparándose para las ediciones de denegación de órdenes y referidos

Efectivo el 1 de mayo, Medicare denegará reclamaciones para todos los servicios cubiertos de equipo médico duradero, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) de Medicare Parte B, y de la agencia de salud en el hogar (HHA) de Parte A cuando el proveedor que ordena o refiere no está inscrito en Medicare o la reclamación no lista el número de identificación nacional del proveedor (NPI) para el proveedor que ordena o refiere.

Prevención de fraude de Medicare

Los proveedores quienes rutinariamente ordenan o refieren tales servicios o suministros a nombre de beneficiarios de Medicare deben tomar pasos proactivos ahora para asegurar que a sus reclamaciones y esos suplidores de facturación no se les deniegue el pago una vez ediciones de órdenes y referidos sean implementadas el 1 de mayo. Ese día, contratistas e intermediarios fiscales de Medicare activarán las ediciones de reclamaciones para revisar cada uno de los respectivos tipos de reclamaciones.

El propósito de las ediciones de ordenar y referir es proteger el fondo fiduciario de Medicare mientras el sistema busca eliminar las reclamaciones fraudulentas de Medicare revisando tres criterios importantes:

- Primero, el sistema verificará para ver si el médico u otro proveedor está inscrito en Medicare, ya sea en un estatus aprobado o de exclusión voluntaria.
- Segundo, el sistema verificará que el NPI de orden o referido coincide con el del proveedor individual. Los proveedores de facturación deben asegurarse que los nombres del proveedor que refiere u ordena están escritos correctamente y coinciden con la base de datos de NPI, de otra manera la reclamación será

(Continúa en la página siguiente)

Preparándose... (continuación)

denegada.

- Finalmente, las ediciones del sistema verificarán la reclamación para determinar si el médico o proveedor listado en la reclamación es de un tipo de especialidad que es elegible para ordenar y referir.

Si alguna reclamación no cumple con cualquiera de los tres criterios, pago será denegado. Los proveedores tendrán la oportunidad de apelar reclamaciones denegadas a través de procesos normales.

Los proveedores de la Parte B de Medicare y DMEPOS registrarán la información de orden y referido en la línea, "Name of Referring Provider or Other Source," junto con el NPI del proveedor que refiere (líneas 17 y 17b del formulario CMS-1500). Para las HHA de la Parte A de Medicare, ingrese la información de orden o referido en la línea, "Attending," junto con el NPI del proveedor asistiendo (línea 76 del formulario CMS-1450). El nombre del proveedor que ordena/refiere tiene que coincidir con el nombre que se encuentra en el registro de inscripción de PECOS basado en la Internet.

En ambas instancias, los proveedores deben verificar la ortografía de los nombres de proveedores muy de cerca para asegurar que coinciden con PECOS y las bases de datos de NPI.

Maneras de evitar reclamaciones denegadas

Para evitar reclamaciones denegadas, CMS aconseja a los proveedores verificar en línea para determinar su estatus actual con Medicare a través de PECOS basado en la Internet y asegurar que su registro de inscripción incluye su NPI. Los proveedores que no están seguros de su estatus de NPI pueden verificarlo [visitando el sitio web del registro de NPI](#).

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ofrece a los proveedores varios recursos para guiarlos a través del proceso de inscripción, incluyendo [preguntas frecuentes de cómo completar un formulario CMS-855](#) y su página de recursos de PECOS basado en la Internet. Los proveedores pueden también referirse a la hoja informativa de CMS: [The Basics of Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System \(PECOS\) for Physicians and Non-Physician Practitioners](#).

Laboratorios, centros de imágenes, suplidores de DMEPOS, y las HHA deben comenzar inmediatamente a trabajar con proveedores que ordenan y refieren para asegurar que están preparados para este cambio. Desde 2009, los contratistas de Medicare alertaron a los proveedores cuando las reclamaciones faltaban o no tenían información completa de inscripción del proveedor sobre proveedores que ordenan o refieren. Se anima a los proveedores de facturación a revisar reclamaciones ajustadas recientemente para alertas informativas sobre documentación del proveedor que ordena/refiere.

El Affordable Care Act de 2009 requiere que los médicos u otros profesionales de la salud elegibles se inscriban en el programa de Medicare para ordenar o referir artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare. Designado para proteger el fondo fiduciario de Medicare y prevenir el fraude de Medicare, las ediciones de órdenes/referidos son un resultado del pasaje de esta ley.

La información contenida en este artículo fue previamente publicada en una edición semanal de "CMS Medicare FFS Provider e-News."

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

Encuentre las tarifas más rápido: Pruebe la búsqueda de tarifa fija de First Coast

Encuentre rápidamente la información de tarifa fija que necesita - con la búsqueda de tarifa fija de First Coast, localizada en 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.

Implementación completa de ediciones de reclamaciones para artículos y servicios ordenados/referidos

Número de *MLN Matters*: SE1305
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial de *MLN Matters*[®] es una consolidación y actualización de artículos previos (SE1011, SE1201, SE1208, y SE1221) respecto a servicios ordenados y referidos. Efectivo el 1 de mayo de 2013, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid activarán la fase 2 de las ediciones de denegación. Esto significa que Medicare denegará las reclamaciones por servicios o suministros que requieren un proveedor que ordene/refiera sea identificado cuando ese proveedor no está identificado en la reclamación, no está en los registros de inscripción de Medicare, y/o no es de un tipo de especialidad que puede ordenar o referir el artículo o servicio que ha sido provisto al beneficiario.

Si usted ordena o refiere artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare y no tiene un registro de inscripción de Medicare, usted necesita presentar una solicitud de inscripción a Medicare. Usted puede completar su solicitud en línea a través de Internet-based Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) o completando y enviando por correo la solicitud de inscripción impresa (CMS-8550).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1305.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1305

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

Clarificación de políticas en las reclamaciones para los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF)

Número de *MLN Matters*: MM8127 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8127
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de enero de 2013
 Fecha de efectividad: 22 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2673CP
 Fecha de implementación: 22 de abril de 2013

Resumen

Este artículo clarifica las políticas de Medicare para el procesamiento de reclamaciones de los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF). El artículo contiene información sobre los requerimientos de clasificación de Medicare para el sistema de pago prospectivo (PPS) de los IRF y las pautas para la presentación de reclamaciones en eventos como el cambio de titularidad.

MM8127 también provee clarificación sobre el proceso de verificación en el PPS y los requisitos para los pagos atípicos para los centros de rehabilitación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8127.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8127, 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/R2673CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2673, CR 8127

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.

Alertas de incumplimiento de los reportes funcionales de terapias para pacientes ambulatorios



Número de *MLN Matters*: MM8166

Número de petición de cambio relacionado: 8166

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de marzo de 2013

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1196OTN

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La petición de cambio 8005 implementó las reclamaciones basadas en la recolección de datos de los servicios de terapia para pacientes ambulatorios, efectivo el 1 de enero de 2013, la cual requiere el reporte de los 42 (G-codes) códigos G funcionales no pagables y los siete nuevos modificadores de severidad/complejidad en las reclamaciones para los servicios de terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y la patología del habla y lenguaje (SLP).

Para las reclamaciones procesadas desde el 1 de abril hasta el 30 de junio de 2013, los contratistas enviarán mensajes de información (alertas) recordándole que debe incluir la nueva limitación funcional de los 42 (G-codes) códigos G y los modificadores en las futuras reclamaciones específicas de terapia. **Efectivo el 1 de julio de 2013, las reclamaciones que no incluyan la información requerida del reporte funcional serán devueltas o rechazadas.**

Tenga en cuenta que no se han hecho cambios a la política sobre las reclamaciones basadas en la recolección de datos en la terapia para pacientes ambulatorios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8166.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8166, 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/R1196OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1196, CR 8166

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.

Estatus actual del proceso de revisión médica manual del límite de terapia de \$3,700

Para las fechas de servicio prestado el 1 de octubre de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2012

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) instruyó a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) a discontinuar el proceso de preaprobación para los servicios de terapia con fechas de servicios del 1 de octubre de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2012, efectivo el 17 de diciembre de 2012.

Todas las peticiones de preaprobación recibidas hasta el 18 de diciembre de 2012, han sido completadas por First Coast y las decisiones han sido enviadas por correo a los proveedores y beneficiarios.

Todas las reclamaciones de terapia presentadas sin preaprobación para beneficiarios que han excedido el límite de terapia de \$3,700 estarán sujetas a revisión médica previa al pago. Las reclamaciones deben ser presentadas de manera usual. Usted debe responder a todas las solicitudes de documentación adicional.

Para fechas de servicio del 1 de enero de 2013, hasta el 31 de diciembre de 2013

Hasta nuevo aviso de CMS, todas las reclamaciones para servicios de terapia que excedan el límite de terapia de \$3,700 estarán sujetas a revisión médica previa al pago.

Una vez la reclamación del beneficiario es marcada por exceder el límite de terapia de \$3,700, será enviada una petición de documentación adicional preguntando por archivos para respaldar la necesidad médica. Usted tiene que responder a todas las peticiones de documentación adicional.

Aunque CMS está exhortando a los contratistas a completar la revisión médica de los archivos dentro de 10 días laborables, es importante recordar que los 10 días laborables no incluyen el procesamiento de reclamaciones o los plazos de finalización.

Nota: Se anima a los proveedores a utilizar PWK para enviar documentación por fax cuando sea apropiado. Usted puede obtener información adicional sobre PWK en http://medicareespanol.fcso.com/EDI_noticias/204366.asp.

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

Centros de Salud Rural

CMS reorganiza el capítulo del manual de política de beneficio de Medicare relacionado a los centros de salud

Número de *MLN Matters*: MM7824
 Número de petición de cambio relacionado: 7824
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de marzo de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R166BP
 Fecha de implementación: 1 de marzo de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron y reorganizaron el Capítulo 13 del *Medicare Benefit Policy Manual* para hacer el contenido más accesible.

El Capítulo 13 contiene información sobre políticas de Medicare relacionadas a los centros de salud rural y centros de salud federalmente calificados. No se

crearon nuevas políticas con esta reorganización del manual.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7824.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7824, 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/R166BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 166, CR 7824

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

Requisitos para solicitud de apelación para nueva determinación válida

Una nueva determinación es una revisión independiente de una determinación de reclamación inicial realizada por el mismo contratista que procesó la reclamación original. Esta revisión independiente es realizada por personal no envuelto en hacer la determinación de la reclamación original. Una petición para una determinación tiene que ser presentada por escrito y debe ser hecha en el [formulario 20027](#) estándar de los Centros de servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Si no se utiliza el formulario estándar, la petición tiene que incluir los mismos elementos requeridos en el formulario:

1. El nombre del beneficiario,
2. El número de reclamación del seguro de salud (HIC) del beneficiario de Medicare,
3. El servicio(s) específico y/o artículo(s) para el cual la nueva determinación está siendo solicitada,
4. La fecha(s) de servicio específica, y
5. El nombre y firma escrita.

Si falta alguno de estos cinco elementos, la nueva determinación será descartada como inválida. El apelante puede volver a presentar la apelación si todavía está dentro del plazo original de apelación. Volver a presentar la apelación para incluir requisitos que faltaban originalmente no extiende el plazo original o de ninguna manera constituye buena causa para presentación tardía.

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

Fuente: CMS Internet-only manuals [Publication 100-4, Chapter 29, Section 310.1.B.3](#)

Recuperación de pagos en exceso por visitas de bienestar anual

Número de *MLN Matters*: MM8153 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8153

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de febrero de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1190OTN

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Este artículo provee instrucciones a los contratistas de Medicare para la recuperación de pagos en exceso por visitas de bienestar anual para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, que fueron procesadas a partir del 4 de abril de 2011. Este artículo fue revisado el 22 de febrero para añadir el número de transmisión, el cual originalmente se omitió.

La petición de cambio (CR) 7079 permitió una visita de bienestar anual (AWV) en una reclamación institucional y una reclamación profesional para el mismo paciente el mismo día. En algunos casos, esto resultó en facturación duplicada del mismo servicio, ya que las reclamaciones institucionales y profesionales pueden ser presentadas por el mismo servicio.

La CR 8107 será implementada el 1 de abril de 2013, modificando ediciones para permitir pago para el profesional de la salud o el centro que provee la AWV. En el periodo de transición desde el 4 de abril de 2011 hasta el 31 de marzo de 2013, facturaciones duplicadas han ocurrido y pueden continuar ocurriendo. La CR 8153 provee instrucciones para que los contratistas inicien un proceso de recuperación para estos pagos en exceso por servicios de AWV.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8153.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8153, 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/R1190OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1190, CR 8153

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.

Los registros... (continuación)

fue desarrollada con más profundidad por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), rige la política y la cobertura de pago por parte de los pagadores de atención de salud federal (16). La necesidad médica, a su vez, se evidencia a través de una variedad de criterios, incluidos los criterios de efectividad, adecuación a la presentación del paciente, relevancia para un proceso patológico y que no esté previsto exclusivamente para comodidad del médico, etc. (17-20).

Por lo tanto, se estableció un nexo entre la documentación de necesidad médica y el vehículo del registro médico como herramienta para la coordinación de la atención, la evidencia de los servicios, la minimización del riesgo y la mejora de los resultados médicos.

Las consideraciones antes mencionadas provocaron las auditorías de registros médicos exigidas por los CMS, identificadas como pruebas integrales de tasas de error (Comprehensive Error Rate Testing, CERT) (21, 22). El programa de CERT requiere auditorías (posteriores al pago) de los registros médicos para demostrar que los servicios 1) hayan sido proporcionados y 2) sean de necesidad médica, y tiene la autoridad para compensar pagos cuando la evidencia para estos servicios sea inadecuada para un revisor médicamente capacitado.

Por lo tanto, es acertado considerar la auditoría de CERT como una herramienta para determinar la prestación del servicio y como un mecanismo para mejorar los resultados médicos generales de calidad de los pacientes.

Referencias

1. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
3. Rosenfeld S., Bernasek C., Mendelson D. Medicare's next voyage: encouraging physicians to adopt health information technology. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1138-1146.
4. Hackbarth G., Milgate K. Using quality incentives to drive physician adoption of health information technology. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1147-1149.
5. Goodman C. Savings in electronic medical record systems? Do it for the quality. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1124-1126.
6. Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med*. 2003; 348(25):2526-2534.
7. Burton L. C., Anderson G. F., Kues I. W. Using electronic health records to help coordinate care. *Milbank Q*. 2004; 82(3):457-481, table of contents.
8. The White House. Transforming health care: the President's health information technology plan. Disponible en: http://www.whitehouse.gov/infoocus/technology/economic_policy200404/chap3.html. Ingresado el: 17 de julio de 2006.
9. Hillestad R., Bigelow J., Bower A., et ál. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1103-1117.
10. Smith P. C., Araya-Guerra R., Bublitz C., et ál. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*. 2005; 293(5):565-571.
11. Frijling B. D., Lobo C. M., Hulscher M. E., et ál. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabet Med*. 2002; 19(10):836-842.
12. Sequist T. D., Gandhi T. K., Karson A. S., et ál. A randomized trial of electronic clinical reminders to improve quality of care for diabetes and coronary artery disease. *J Am Med Inform Assoc*. 2005; 12(4):431-437.
13. Delpierre C., Cuzin L., Fillaux J., Alvarez M., Massip P., Lang T. A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach? *Int J Qual Health Care*. 2004; 16(5):407-416.
14. Dunlay SM, et al. Medical records and Quality of Care in Acute Coronary Syndromes Results from CRUSADEFREE. *Arch Intern Med*. 2008; 168(15):1692-1698.
15. <http://www.acmq.org/policias/policias12and13.pdf>
16. 42 USC § 1395Y (a)(1)(A).
17. <http://www.pacode.com/secure/data/055/chapter1101/s1101.21a.html>
18. <http://archive.ahrq.gov/news/ulp/evidence/ulpevdnc5.htm>
19. <http://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2010/0310/cope11847.html>
20. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/CERT/index.html>
21. http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/CERT/Downloads/CERT_101.pdf

Recordatorio: Medicare provee cobertura para ultrasonido una sola vez para aneurismas aórticos abdominales

Número de *MLN Matters*: SE0711
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 beneficiarios de Medicare para quienes la fecha efectiva de Medicare Parte B es a partir del 1 de enero de 2005, están cubiertos para una sola visita de evaluación física preventiva inicial (IPPE). La IPPE tiene que ser recibida por el beneficiario dentro de los primeros seis meses de su fecha efectiva de Medicare Parte B.



El 1 de enero de 2007, Medicare amplió el número de beneficios preventivos para incluir cobertura de una sola vez para un ultrasonido preventivo para la detección temprana de aneurismas aórticos abdominales (AAA) para beneficiarios en riesgo como parte de la IPPE. Ambos beneficios (la IPPE y AAA) están sujetos a cierta elegibilidad y otras limitaciones.

Nota: El deducible no aplica para una IPPE provista en un centro de salud calificado federalmente (FQHC). Sólo aplica el coaseguro/copago. No hay deducible de Parte B o coaseguro/copago aplicado al beneficio de AAA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE0711.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0711

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 que terminó el 30 de septiembre de 2012; sin embargo lo está extendiendo hasta nuevo aviso. Los siguientes son enlaces a las más recientes e-News:

CMS e-News para el jueves, 21 de febrero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-02-21-eneews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 28 de febrero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-02-28Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 7 de marzo de 2013 – <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-03-07-eNews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 14 de marzo de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-03-14-eNews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201302-03, 201302-04, 201303-01, 201303-03

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Abril de 2013

Ciclo de islas de Medicare -- programas importantes y actualizaciones (Partes A/B)

Cuando: 10 de abril de 2013
 Hora: 9:00 a.m.- mediodía ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Islas Vírgenes de EE.UU.

Ciclo de islas de Medicare -- servicios de terapia física y el modificador KX (Partes A/B)

Cuando: 10 de abril de 2013
 Hora: 2:00 p.m.- 4:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Islas Vírgenes de EE.UU.

Teleconferencia de Medicare "pregúntele al contratista" (ACT): Parte B edición de reclamaciones para proveedores que ordenan/refieren

Cuando: 17 de abril de 2013
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU.

Ediciones a reclamaciones de Parte B para proveedores que refieren u ordenan

Cuando: 25 de abril de 2013
 Hora: 2:30 p.m.- 3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU.

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

- Preinscripción 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 First Coast 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.

Pagos Prospectivos

American Taxpayer Relief Act extiende disposiciones clave para hospitales pequeños dependientes de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8214
Número de petición de cambio relacionado: 8214
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de marzo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R1195OTN
Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La petición de cambio 8214, en la cual se basa este artículo, provee instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y los fiscales intermediarios (FI) para aplicar los ajustes de pago aprobados con la adopción del American Taxpayer Relief Act de 2012 (ATRA). La ley extendió los principales programas que proporcionan ajustes de pagos para los hospitales pequeños hasta el 1 de octubre de 2013.

ATRA extiende los ajustes de pago para los hospitales rurales dependientes de Medicare (MDH) hasta el 30 de septiembre de 2013, y retroactivo hasta el 1 de octubre de 2012. Los hospitales MDH tienen menos de 1,600 altas médicas de Medicare anualmente y están a 15 millas o más desde el hospital similar más cercano.

Además de los MDH, ATRA extiende los ajustes de pago para los hospitales MDH que no son de bajo volumen, con altas médicas anuales similares y distancias de instalaciones similares. Para recibir un ajuste de pago para hospitales de bajo volumen para el FY 2013, CMS requiere que el hospital notifique y provea la documentación a su FI o MAC que cumple a cabalidad con los criterios para el 22 de marzo de 2013. Una vez certificado, el MAC aplicará el porcentaje de incremento de bajo volumen a los pagos

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



de sus altas médicas que ocurren en o después del 1 de octubre 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8214.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8214, 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/R1195OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1195, CR 8214

Actualización de abril 2013 del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) de hospital

Número de *MLN Matters*: MM8228
 Número de petición de cambio relacionado: 8228
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de marzo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R169BP y R2664CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8228 describe cambios para varias políticas de pago implementadas en la actualización de abril 2013 del sistema de pago prospectivo ambulatorio de Medicare (OPPS). Entre otros cambios, la actualización de abril añade los siguientes nuevos códigos del sistema de codificación de procedimiento común del cuidado de la salud (HCPCS) al sistema de pago:

- C9734 - U/S trmt, not leiomyomata - Focused ultrasound ablation/therapeutic intervention, other than uterine leiomyomata, with or without magnetic resonance (MR) guidance
- C9735 - Anoscopy, submucosal inj- Anoscopy; with directed submucosal injection(s), any substance
- G0459 - Inpatient telehealth pharmacologic management

Efectivo el 1 de abril de 2013, Medicare reducirá la

cantidad de pago para la radiocirugía estereotáctica (SRS) basada en Cobalt-60 descrita por el código *Current Procedural Terminology (CPT®)* 77371 a una cantidad igual a la cantidad de pago para el procedimiento SRS basado en acelerador lineal descrito por el código HCPCS G0173.

CMS también está revisando el indicador de estatus de OPPS para el código *CPT®* 90661 desde “E” a “L” (vacuna de influenza; Pneumococcal Pneumonia Vaccine) efectivo el 20 de noviembre de 2012, para reflejar la aprobación reciente de la vacuna por el Food and Drug Agency (FDA). Este cambio será reflejado en la actualización de abril 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8228.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8228, 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/R169BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2664CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 169, CR 8228 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2664, CR 8228

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.

Publicada actualización de abril de 2013 del editor de código integrado para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM8242
 Número de petición de cambio relacionado: 8242
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de marzo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2667CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

En el procesamiento de las reclamaciones para pacientes ambulatorios a través del editor de código integrado para pacientes ambulatorios (I/OCE), Medicare implementará 15 modificaciones o nuevas ediciones que reflejan los cambios en cuanto a cobertura o pagos desde noviembre de 2012. Esta nueva edición ha sido descrita en el artículo de *MLN Matters®* MM8242, el cual está basado en la petición de cambio (CR) 8242. Las nuevas ediciones manejadas por I/OCE incluyen:

- La implementación, a mitad del trimestre, de la determinación de cobertura nacional (NCD) de la no cobertura para el código L0430
- La implementación, a mitad del trimestre, de la fecha de aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para el código 90661

(Continúa en la página siguiente)

Publicada...(Continuación)

- Actualizar la lista de sustitutos de la piel para eliminar el código Q4129 y agregar Q4127
- Cambiar el HCPCS/APC/Status Indicator (SI) como se especifica en los archivos de cambio de datos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
- La implementación de la versión 19.1 de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), modificado por proveedores institucionales aplicables, (todas las ediciones combinadas en un sólo archivo, en el formato code1/code2 y pares mutuamente exclusivos que no han sido diferenciados)
- La eliminación de todos los modificadores de pruebas genéticas de la lista válida de modificadores, retroactivo al 1 de enero 2013

El I/OCE es un programa de software que procesa las reclamaciones para todos los proveedores institucionales para pacientes ambulatorios incluyendo hospitales que están sujetos a sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8242.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8242, 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/R2667CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2667, CR 8242

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

Requisitos para presentar reclamaciones de SNF de la Administración de Veteranos cuando se utiliza el proceso VA eMRA

Número de *MLN Matters*: MM8089
Número de petición de cambio relacionado: 8089
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de febrero de 2013
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R1192OTN
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ahora requiere que los proveedores presenten las reclamaciones del centro de enfermería especializada (SNF) de la administración de veteranos (VA) a los contratistas de Medicare (intermediarios fiscales (FI), o contratistas administrativos de Medicare A/B (A/B MAC)) para servicios a los beneficiarios de Medicare para presentar reclamaciones de SNF con el código de incidencia 70, código de ingreso 0022 y un código de Health Insurance Prospective Payment System (HIPPS).

Las reclamaciones de enfermería especializada fueron originalmente excluidas cuando CMS implementó el proceso de remesa de pago de VA Medicare (VA eMRA) en 2003. Este artículo provee la instrucción técnica para incluir reclamaciones de SNF con VA eMRA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8089.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8089, 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/R1192OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1192, CR 8089

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

Cómo solicitar un informe comparativo de facturación – proveedores de Parte A

La información sobre los informes comparativos de facturación (Comparative billing report, CBR) se encuentra disponible para proveedores si la solicitan. El propósito del CBR es mostrar los datos comparativos que Medicare tiene en cuenta al determinar cómo los patrones de facturación de un proveedor varían con respecto a los de otros proveedores de la misma especialidad. Un CBR puede ser una herramienta útil para los proveedores al realizar auditorías autónomas.

Informes comparativos de facturación según el tipo de factura

Medicare compara un proveedor de la Parte A con proveedores similares por el tipo de factura, según la cantidad facturada por beneficiario por código de procedimiento. Este tipo de CBR contiene información de facturación de un proveedor en intervalos definidos por el solicitante.

Dado que Medicare basa un CBR en las fechas de servicio y en las fechas no procesadas, Medicare debe dejar que transcurran entre dos y tres meses para permitir que las reclamaciones queden finalizadas antes de que se pueda generar un informe. Por ejemplo, los datos de enero no están disponibles hasta abril o mayo.

Cómo solicitar un informe comparativo de facturación

Para solicitar un CBR, los proveedores **deben** seguir estos pasos:

- Un proveedor debe solicitar un CBR en membrete del consultorio o la corporación firmado por el proveedor/funcionario. La solicitud de una entidad corporativa debe ser presentada por un funcionario corporativo, o en el caso de un hospital, por el administrador del hospital. Si el proveedor solicitante desea que la información sea enviada a un tercero, debe especificarlo en la carta.
- La dirección de correo postal debe estar expresada con claridad y de manera legible en la carta, dado que estos informes serán enviados únicamente a través del correo postal de los Estados Unidos y no por vía electrónica.
- **La solicitud de CBR debe incluir el número de proveedor de Medicare, las fechas de servicio preferidas, y el tipo de factura.** Debido al volumen de datos, Medicare no puede generar un informe para los tipos de facturas 11X o 12X).
- La solicitud debe enviarse por fax a Statistical and Medical Data Analysis al 904-361-0543 o por correo postal a:

First Coast Service Options
 Statistical and Medical Data Analysis
 P.O. Box 44288
 Jacksonville, FL 32231-4288

No se aplican tarifas por proporcionar estos informes.

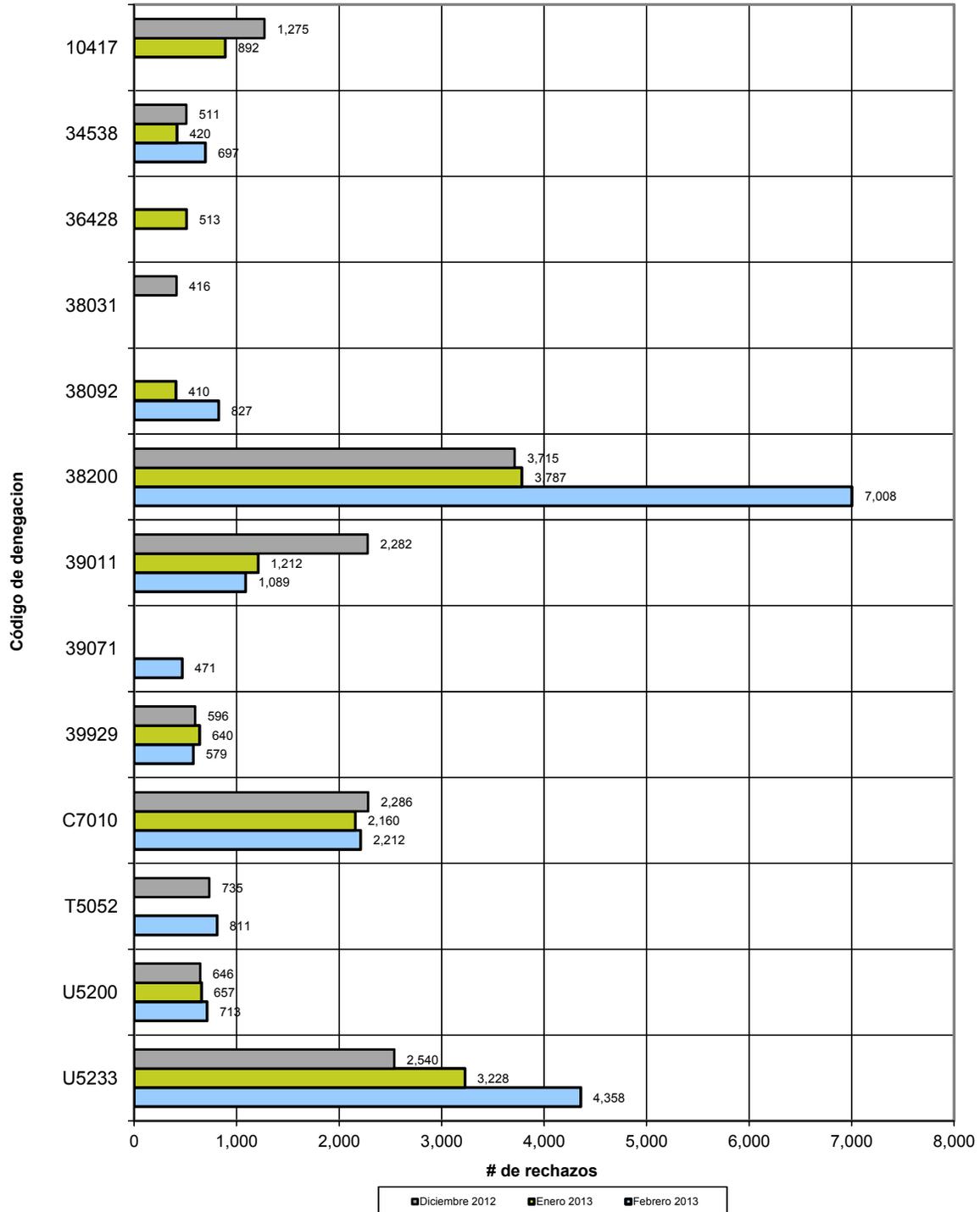
Cuando Medicare recibe una solicitud de CBR, se envían por correo postal el informe y un documento explicativo del CBR al proveedor solicitante (o parte autorizada) dentro de los 10 días hábiles.

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en diciembre 2012-febrero 2013

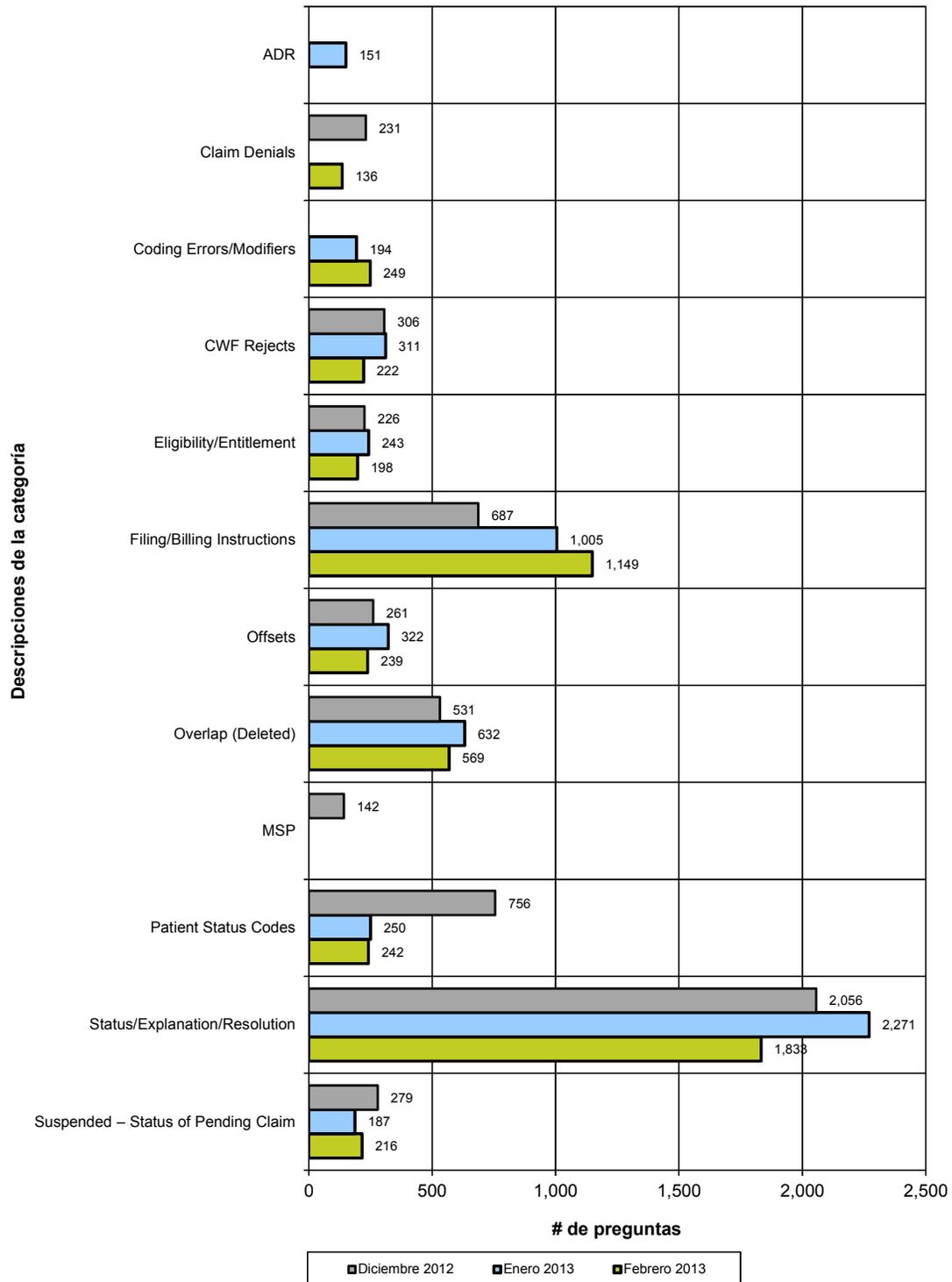
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de diciembre 2012 a febrero de 2013. 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/

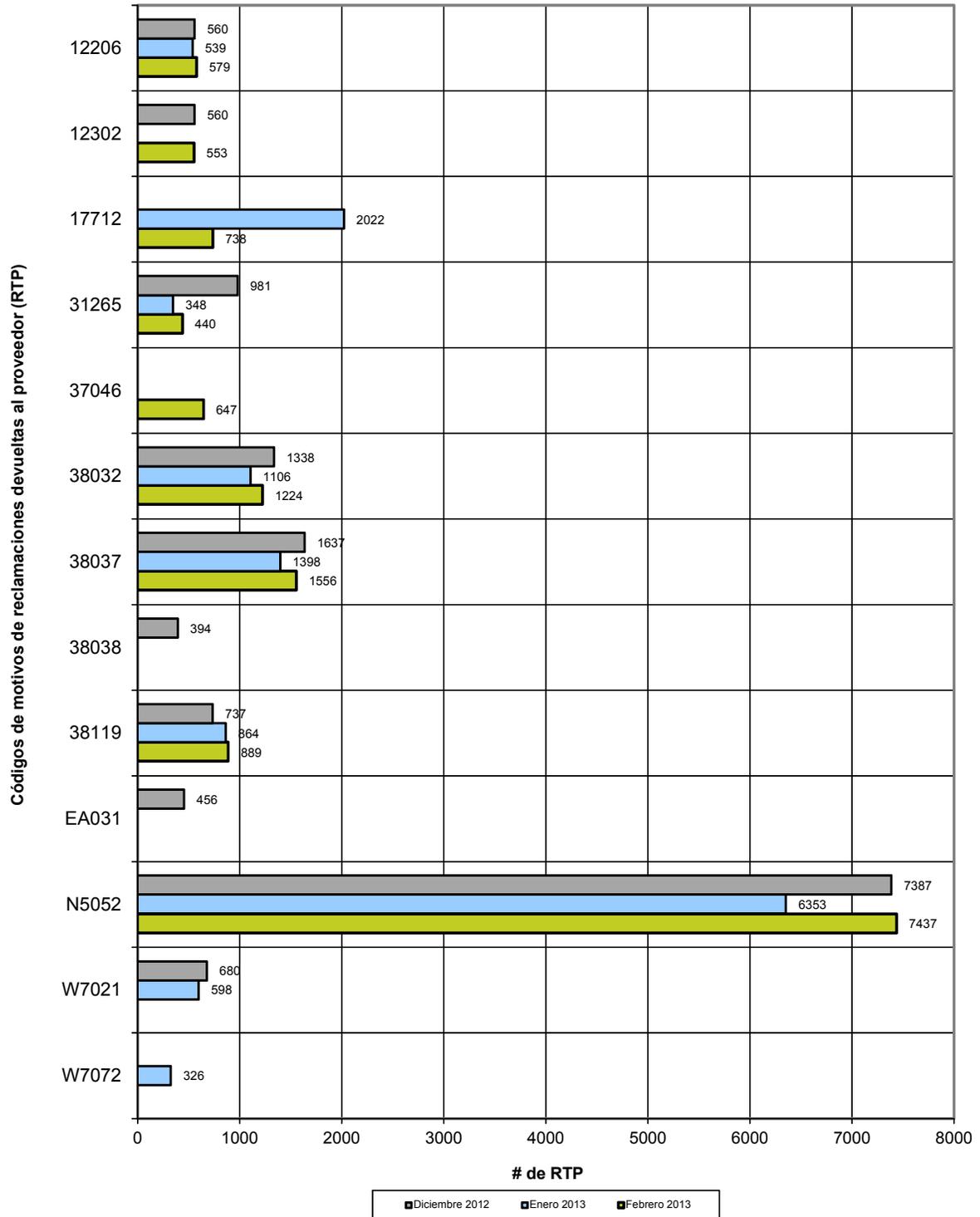
Rechazos más frecuentes de Parte A en diciembre de 2012-febrero de 2013



Preguntas de Parte A más frecuentes en diciembre de 2012-febrero de 2013



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en diciembre de 2012-febrero de 2013



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 First Coast (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 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)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Otras direcciones

importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y prostéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de

Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

Inscripción proveedor Medicare – ADA
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones/correspondencia Florida:

Servicio al cliente Medicare Parte A
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45071
Jacksonville, FL 32232-5071

Presentación de reclamaciones electrónicas

Acceso al sistema remoto (DDE)
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de Freedom of Information Act

(Relacionado con reporte de costos y auditorías). Auditoría y reembolso a los proveedores (PARD)

Attn: FOIA PARD – 16T. P. O. Box 45268. Jacksonville, FL 32232-5268

Determinaciones de cobertura local

Pólizas médicas y procedimientos – 19T. P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

MSP P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

MSP – revisión de hospital
P. O. Box 45267
Jacksonville, FL 32232-5267

MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/demandas, responsabilidades
Auto/Responsabilidad – 17T

P. O. Box 44179
Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos, reportes estadísticos y de reembolso del proveedor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Auditoría y reembolso a los proveedores. P. O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

Aplicaciones CMS-855
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Redeterminaciones

Florida:
Redeterminaciones y apelaciones Medicare Parte A. P. O. Box 45053
Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc
P. O. Box 45097
Jacksonville, FL 32232-5097

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo médico duradero (DMERC) DME, dispositivos ortóticos y prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
1-866-270-4909
Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:
888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla
877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla
800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas
904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-8103

Fax para registro de seminarios
904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

First Coast Service Options Inc. (Contratistas de Medicare de Florida e Islas Vírgenes de EE.UU.)

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:

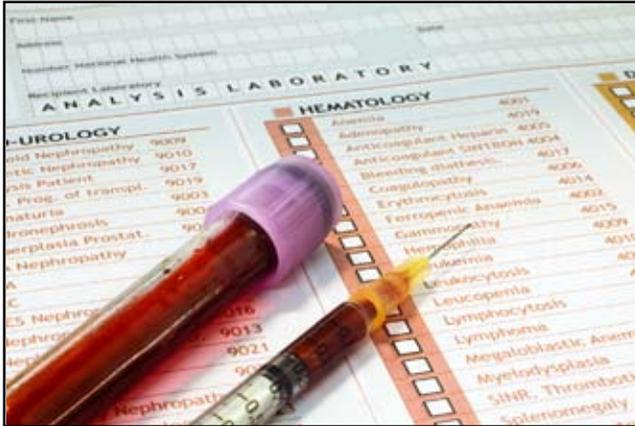
www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa



Número de *MLN Matters*: MM8212
Número de petición de cambio relacionado: 8212
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de marzo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2671CP
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

La petición de cambio 8212 informa a los contratistas sobre 10 pruebas con dispensa de complejidad aprobadas recientemente por la Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, las cuales requieren el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren que un modificador QW sea reconocido como una prueba con dispensa: 81002,

81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013, y 85651. Debido a que estas pruebas son comercializadas inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones con precisión.

Si usted no tiene un certificado de CLIA válido y actualizado, y presenta a su contratista de Medicare un código en una reclamación que se considera como una prueba de laboratorio que requiere un certificado CLIA, el pago de Medicare puede verse afectado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8212.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8212, 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/R2671CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2671, CR 8212

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

Cómo ingresar los datos para proveedores que ordenan/refieren

A partir del 1 de mayo Medicare implementará la fase 2 de la edición de proveedores que ordenan y refieren del identificador nacional del proveedor (NPI). Esto simplemente significa que la información actual de las ediciones (N264/N265), usadas en la fase 1, se convertirá en la denegación de reclamaciones con la edición de la fase 2. Para eliminar las denegaciones, las reclamaciones deben ser completadas correctamente. Todos los elementos de los datos deben coincidir exactamente con PECOS o la reclamación será denegada.

Formularios de reclamaciones en papel CMS-1500:

- Item 17 – Ingrese el nombre del proveedor que ordena o refiere (primero el nombre y luego el



(Continúa en la página siguiente)

Cómo ingresar... (Continuación)

apellido [por ejemplo, John Smith]), e

- Item 17b – Ingrese el NPI

Reclamación electrónica 837P:

- 2310A Loop del proveedor que refiere, segmentos NM1:
 - NM103 – Ingrese el apellido del proveedor que ordena o refiere
 - NM104 – Ingrese el nombre del proveedor que ordena o refiere
 - NM108 – Ingrese el calificador XX; y
 - NM109 – Ingrese el NP

Recordatorios

- Asegúrese de que el NPI pertenece al proveedor que está siendo ingresado
- No ingrese el NPI de una organización
- No use caracteres especiales (guión, coma, etc.)
- No ingrese apodos, iniciales del segundo nombre o credenciales

Sugerencia: si no está seguro de la convención de nombres, utilice el [Registro NPI](#).

La información adicional está disponible en http://medicareespanol.fcso.com/Inscripcion_noticias/252068.asp.

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

Información General

Solicitando el reporte comparativo de facturación – proveedores de Parte B

La información sobre los informes comparativos de facturación (Comparative billing report, CBR) se encuentra disponible para proveedores si la solicitan. El propósito del CBR es mostrar los datos comparativos que Medicare tiene en cuenta al determinar cómo los patrones de facturación de un proveedor varían con respecto a los de otros proveedores de la misma especialidad. Un CBR puede ser una herramienta útil para llevar a cabo auditorías por cuenta propia o para prepararse para un seminario o un congreso de la sociedad médica.

Tipos de informes comparativos de facturación

Específico para proveedores de la Parte B

Este tipo de CBR, más adecuado para médicos individuales y profesionales de la medicina no médicos, contiene información comparativa para todos los códigos de procedimientos facturados. También está disponible para especialidades como las instalaciones de pruebas de diagnóstico independientes o laboratorios clínicos; no obstante, debido a la diversidad de tipos de servicios ofrecidos, los resultados no serán una comparación entre elementos demasiado similares entre sí. Este tipo de CBR no tiene valor para grupos de médicos.

Dado que Medicare basa un CBR en las fechas de servicio y no en las fechas de procesamiento, Medicare debe dejar que transcurran entre dos y tres meses para permitir que las reclamaciones finalicen antes de que se pueda generar un informe. Por ejemplo, los datos de enero no están disponibles hasta abril o mayo.

Distribución de Evaluación y Manejo – específico del proveedor

Este tipo de CBR compara una familia de códigos de evaluación y manejo (evaluation and management, E&M) (ejemplo: códigos de *CPT 99211-99215*) con el grupo de colegas del proveedor (especialidad) dentro de Florida y la nación. El informe es un gráfico de barras y refleja un porcentaje de proveedores de servicios permitidos por código de procedimientos, en comparación con Florida y el país. Este CBR es útil para identificar posibles variaciones en la codificación dentro de una familia de códigos.

Medicare actualiza los informes dos veces por año en las siguientes fechas de servicio:

- Enero a junio
- Julio a diciembre

Dado que Medicare basa un CBR en las fechas de servicio y no en las fechas de procesamiento, Medicare debe

(Continúa en la página siguiente)

Solicitando... (Continuación)

dejar que transcurran entre tres y cuatro meses para permitir que las reclamaciones finalicen antes de que se pueda generar un informe. Por ejemplo, el período comprendido entre enero y junio no se encuentra disponible hasta septiembre u octubre.

Distribución de evaluación y manejo – específico de servicio

Este CBR compara la utilización de los códigos de E&M en Florida con el país por especialidad. Este informe se utiliza en congresos de la sociedad médica para mostrar las variaciones dentro de una familia de códigos entre las especialidades de proveedores de Florida y del país.

El Centro de Datos de CMS actualiza los informes dos veces por año, para las siguientes fechas de servicio:

- Enero a junio
- Julio a diciembre

Medicare debe dejar que transcurran entre tres y cuatro meses antes de que se pueda generar un informe. Por ejemplo, el período comprendido entre enero y junio no se encuentra disponible hasta septiembre u octubre.

Cómo solicitar un informe comparativo de facturación

Para solicitar un CBR, los proveedores **deben** seguir estos pasos:

- Un proveedor debe solicitar un CBR en papel con membrete de la oficina o corporación y firmado por el proveedor/funcionario. La solicitud de una entidad corporativa debe ser presentada por un funcionario corporativo, o en el caso de un hospital, por el administrador del hospital. Si el proveedor solicitante desea que la información sea enviada a un tercero, debe especificarlo en la carta.
- **La solicitud debe incluir la siguiente información: el tipo de CBR(s) deseados, el número(s) individual del proveedor, y las fechas de servicio preferidas. Tenga en cuenta que un CBR no puede ser producido utilizando el número de grupo de Medicare.**
- La dirección de correo postal debe estar expresada con claridad y de manera legible en la carta, dado que estos informes serán enviados únicamente a través del correo postal de los Estados Unidos y no por vía electrónica.
- La solicitud debe enviarse por fax a Statistical and Medical Data Analysis al 904-361-0543 o por correo postal a:

First Coast Service Options
Statistical and Medical Data Analysis
P.O. Box 44288
Jacksonville, FL 32231-4288

No se aplican tarifas por proporcionar estos informes.

Una vez que Medicare reciba una solicitud de CBR, se enviará por correo postal el informe y un documento explicativo del CBR al proveedor solicitante (o parte autorizada) dentro de los 10 días hábiles.

El material en cita y/o en itálico es extraído del Current Procedural Terminology de la American Medical Association. Los códigos CPT, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2009 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del CPT). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que corresponda.

Para ver un ejemplo de un CBR, [haga clic aquí](#).

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

Adición de códigos de la iniciativa nacional de codificación correcta

Número de petición de cambio relacionado: 7501
 Número de transmisión de CR: R2636CP

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) provee a los contratistas unas guías relacionadas con la adición de códigos lo cual podría resultar en nuevas denegaciones que no fueron recibidas anteriormente.

Los códigos agregados pueden ser identificados de tres maneras:

1. El código esta listado como un código de adición Type I, Type II, o Type III.
2. Un código de adición generalmente tiene un periodo de cirugía global de “ZZZ” en la base de datos del Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos y profesionales de la salud.
3. Los códigos agregados están designados por el símbolo “+” en el *Current Procedural Terminology*® (*CPT*®) *Manual*.

Edición de códigos agregados

Un código agregado describe un servicio que, con una excepción (ver “Excepción”), siempre se realiza en conjunción con un servicio primario. Un código agregado con una excepción es elegible para el pago sólo si se reporta con un procedimiento primario adecuado realizado por el mismo profesional en la misma fecha de servicio. Un código agregado con una excepción nunca es elegible para el pago si es el único procedimiento informado por un profesional de la salud.

Excepción: dos o más médicos de la misma especialidad en una práctica de grupo proporcionan servicios de atención crítica al mismo paciente en la misma fecha de servicio. Para la misma fecha de servicio, sólo un médico de la misma especialidad en la práctica de grupo, puede reportar el código *CPT*® 99291 con o sin el código *CPT*® 99292, y el otro médico(s) debe reportar sus servicios de atención crítica con el código *CPT*® 99292.

Nota: aunque el código agregado y el código primario son normalmente reportados para la misma fecha de servicio, en circunstancias inusuales, pueden ser reportados por distintas fechas de servicio. Por ejemplo, cuando la atención crítica (código *CPT*® 99291) comienza en una fecha de servicio y pasa al día siguiente y se proporciona el tiempo adicional de atención crítica (código *CPT*® 99292) en ese siguiente día.

La petición de cambio (CR) 7501 detalla las tres tablas de edición diferentes:

- La tabla de edición del código agregado Type I lista los códigos de adición para los que el *manual CPT*® o las tablas HCPCS definen todos los códigos primarios aceptables.
- La tabla de edición del código agregado Type II lista los códigos de adición para los que el *manual CPT*® o las tablas HCPCS no definen cualquier código primario aceptable.
- La tabla de edición del código agregado Type III lista los códigos de adición para los que el *manual CPT*® o las tablas HCPCS definen algunos, pero no todos, los códigos primarios aceptables.

Información adicional

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7501, 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/R2636CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2636, CR 7501

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.

Directorio de suplidores y médicos participantes de la Parte B de Medicare 2013

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

El listado de MEDPARD puede ser accedido en <http://medicareespanol.fcso.com/MEDPARD/>.

Fuente: CMS IOM Publication 100-04, Transmittal 2567, CR 8055

Actualización a las instrucciones de procesamiento de reclamaciones para profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8010 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8010
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de febrero de 2013
Fecha de efectividad: 19 de febrero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2656CP
Fecha de implementación: 19 de febrero de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8010 elimina y/o corrige información de facturación obsoleta y errónea en el capítulo 12 del *Medicare Claims Processing Manual* ya que se relaciona con las instrucciones de procesamiento de reclamaciones para los siguientes profesionales de la salud:

- Asistente médico (PA)
- Enfermero practicante (NP)
- Enfermera clínica especialista (CNS)
- Psicólogo clínico (CP), y
- Trabajador social clínico (CSW)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8010.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8010, 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/R2656CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2656, CR 8010

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 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.

Actualización trimestral de abril para ediciones de iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM8147 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8147
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2669CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Este artículo es basado en la petición de cambio (CR) 8147, la cual les recuerda a los médicos las actualizaciones trimestrales para ediciones de iniciativa de codificación correcta (CCI). El paquete más reciente de ediciones de CCI, versión 19.1, es efectivo el 1 de abril de 2013, e incluye todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8147.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8147, 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/R2669CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2669, CR 8147

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

Actualización de 2013 del sistema de pago de centro quirúrgico ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM8237
 Número de petición de cambio relacionado: 8237
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de marzo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2662CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Este artículo esta basado en la petición de cambio (CR) 8237, la cual describe los cambios a, y las instrucciones de facturación para las políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago de centro quirúrgico ambulatorio (ASC) en enero de 2013.

Varios códigos nuevos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) se han creado para reportar medicamentos y productos biológicos en el entorno ASC, donde previamente no se encontraban códigos específicos disponibles. El siguiente código nuevo de procedimiento ha sido agregado a la lista de tarifas fijas de ASC:

C9735 Anoscopy, submucosal inj

Usted puede acceder a la publicación de la información de este nuevo código de procedimiento en:

Florida: http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos/251754.pdf

Puerto Rico: http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos/251752.pdf

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8237.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8237, 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/R2662CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2662, CR 8237

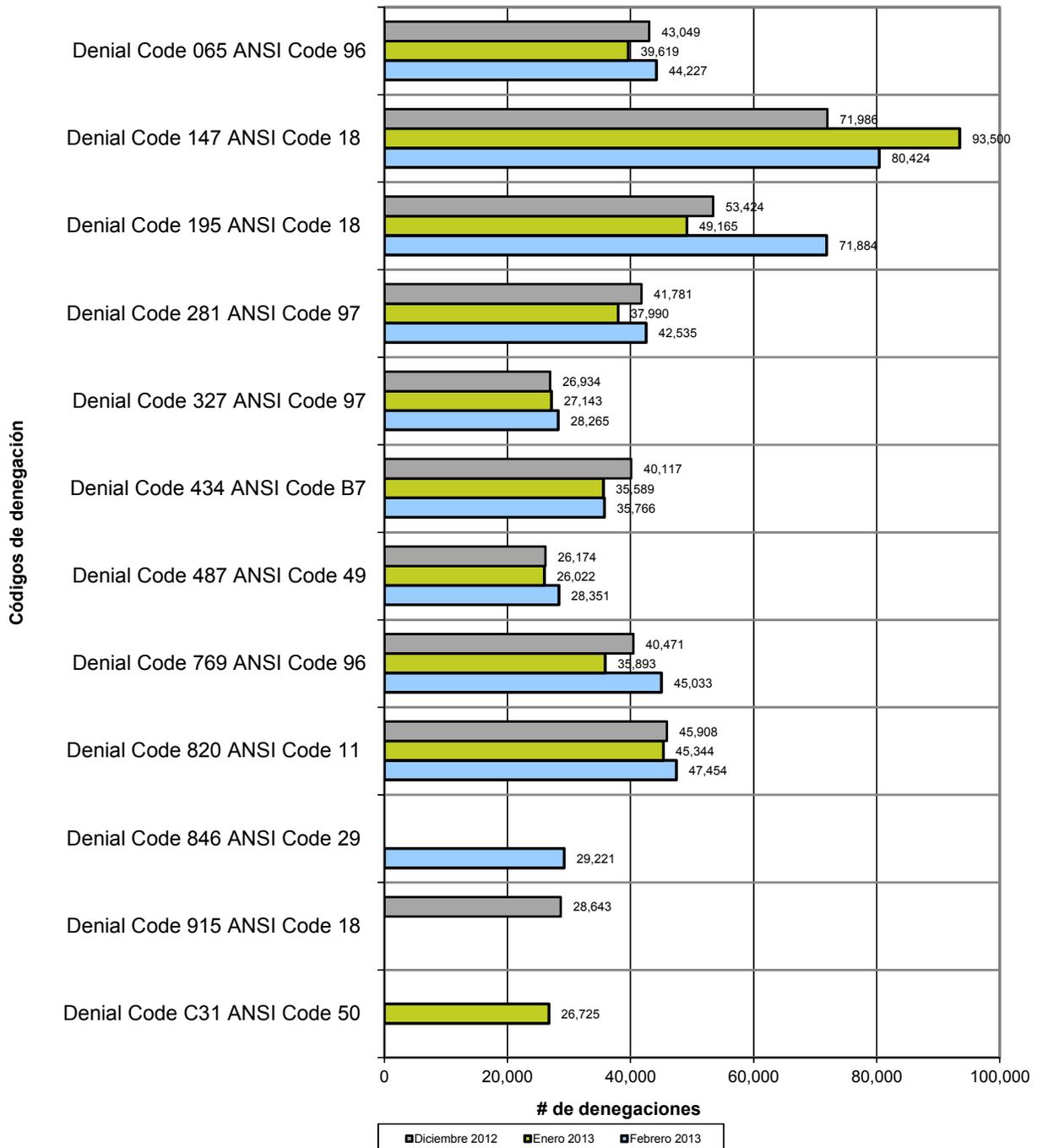
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 diciembre 2012- febrero 2013

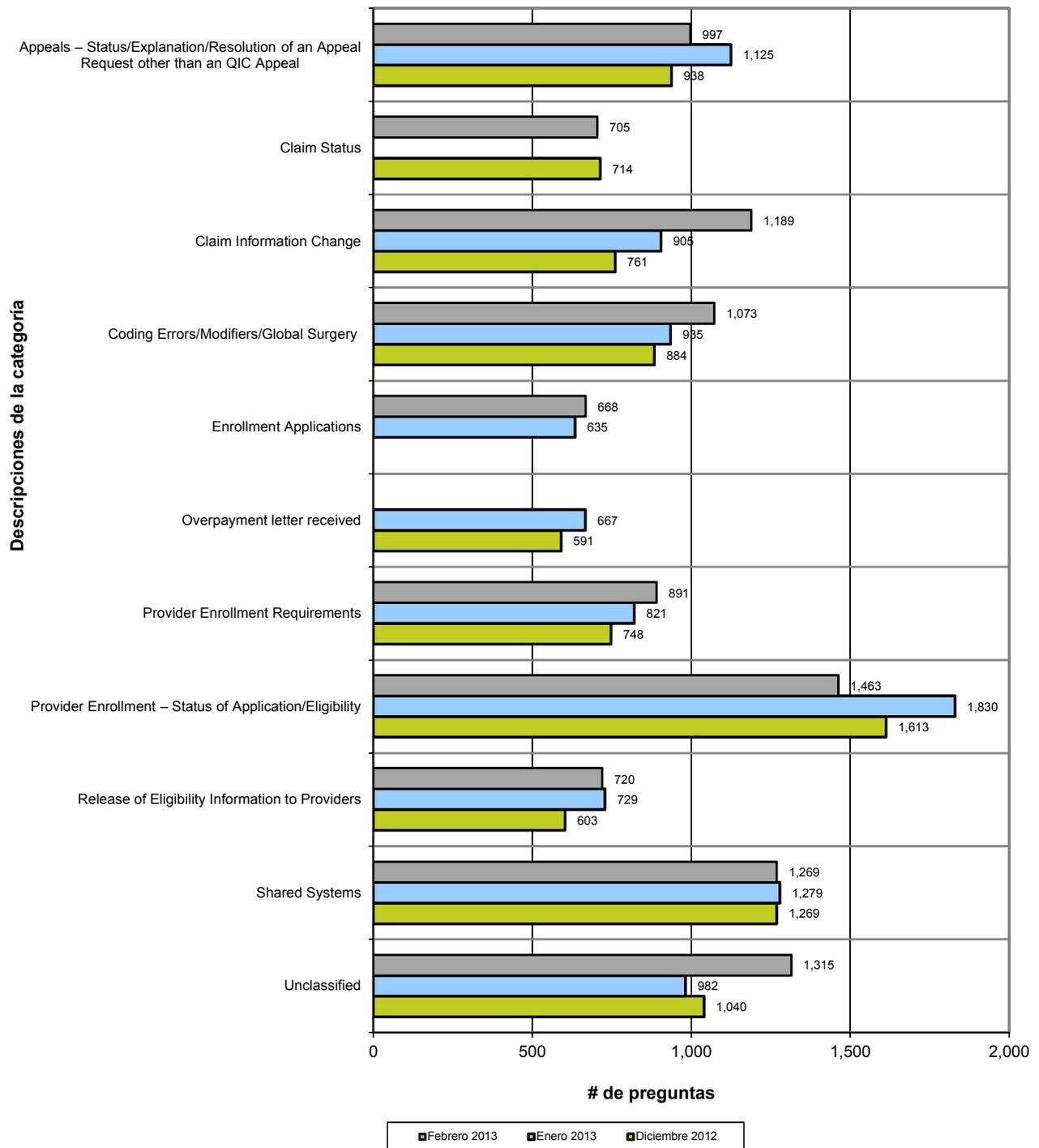
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de diciembre 2012 a febrero 2013. 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://medicarespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

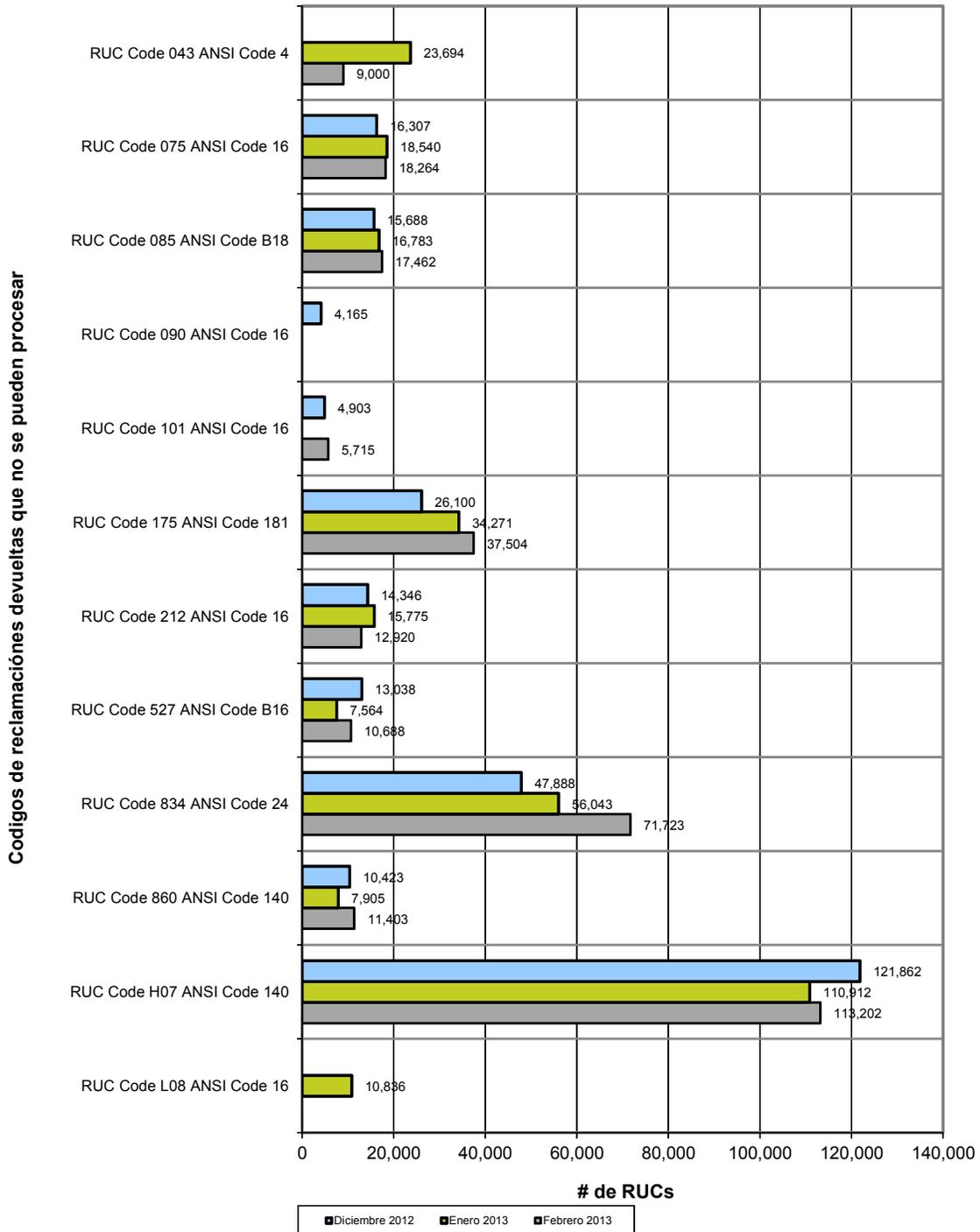
Denegaciones de Parte B más frecuentes en diciembre de 2012-febrero de 2013



Preguntas de Parte B más frecuentes en diciembre de 2012-febrero de 2013



RUC de Parte B más frecuentes en diciembre de 2012-febrero de 2013



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 First Coast. 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 http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2012 a septiembre 2013.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2013 – 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 2013, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y **envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario** pagable al número de la cuenta de First Coast (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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones 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

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y prostéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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 expreso 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

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito
Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Proveedores participantes
Proveedores participantes Medicare Parte B
P. O. Box 44117
Jacksonville, FL 32231-4117

Reclamaciones de quiropráctico
Unidad quiropráctica Medicare Parte B
P. O. Box 44067
Jacksonville, FL 32231-4067

Reclamaciones de ambulancia
Departamento de ambulancia Medicare Parte B.
P. O. Box 44099
Jacksonville, FL 32231-4099

Medicare como pagador secundario
Departamento MSP Medicare Parte B
P. O. Box 44078
Jacksonville, FL 32231-4078

Reclamaciones ESRD
Reclamaciones ESRD Medicare Parte B
P. O. Box 45236
Jacksonville, FL 32232-5236

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones
Revisión reclamaciones Medicare Parte B.
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Solicitud de audiencias justas
Audiencias Medicare
P.O. Box 45156
Jacksonville FL 32232-5156

Freedom of Information Act
Solicitud Freedom of Information Act
Apartado postal 2078
Jacksonville, Florida 32231

Audiencias juez de derecho administrativo
Q2 Administrators, LLC
Parte B QIC South Operations. P.O. Box 183092. Columbus, Ohio 43218-3092
Attn: Administration manager

Estatus/preguntas generales
Correspondencia Medicare Parte B
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Sobrepagos
Servicios financieros Medicare Parte B
P. O. Box 44141
Jacksonville, FL 32231-4141

Reclamaciones de (DME), prótesis u ortóticas
CSG Administrators, LLD
P.O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

Reclamaciones electrónicas (EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

Medicare EDI. P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Desarrollo adicional

Dentro de los 40 días de solicitud inicial:
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2537
Jacksonville, FL 32231-0020

Pasados 40 días de solicitud inicial: Envíe los cargos en cuestión, incluyendo información solicitada, como si fuera una nueva reclamación
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Misceláneo

Problemas de participación del proveedor y afiliación de grupo; solicitudes por escrito para UPIN, perfiles y tarifas fijas: inscripción en Medicare
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor
Inscripción en Medicare.P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021 y
Departamento Inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32203-1109

Educación al proveedor Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educativos
Medicare Parte B. Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Limitación de asuntos de cargos Errores de procesamiento
Medicare Parte B. P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0048

Verificación de reembolso:
Medicare Parte B
Supervisión de cumplimiento
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:
Palmetto GBA
Ferrocarril Medicare Parte B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso
First Coast Service Options Inc.
Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Números telefónicos

Proveedores. Llamada gratis Servicio al cliente:
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR): 1-877-847-4992

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:
1-800-MEDICARE
Impedimento auditivos:
1-800-754-7820

Nota: las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro eventos educacionales (línea no gratiuta):
1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)
1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prótesis
Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A
Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de Medicare
<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.cms.gov

Beneficiarios
Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45098
Jacksonville, FL 32232-5098

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Recuperación de deuda Parte B, preguntas MSP y sobrepagos, y manejo de efectivo

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45013
Jacksonville, FL 32232-5013

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor:

Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

y

Departamento de inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32231-1109

Redeterminaciones

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45024
Jacksonville, FL 32232-5091

Redeterminaciones de sobrepago

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45091
Jacksonville, FL 32232-5091

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45073
Jacksonville, FL 32232-5073

Investigaciones del congreso

First Coast Service Options Inc.
Attn: Carla-Lolita Murphy
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalecientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educativos:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Reclamaciones de Medicare para

los retirados del ferrocarril
Palmetto GBA
Railroad Medicare Part B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 44288
Jacksonville, FL 32231-4288

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (FCSO), su contratista administrativo de Medicare
<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)
1-877-847-4992

Correo electrónico:
AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente Beneficiarios

1-800-MEDICARE
Impedimentos auditivos:
1-800-754-7820

Note: las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro de eventos educativos

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

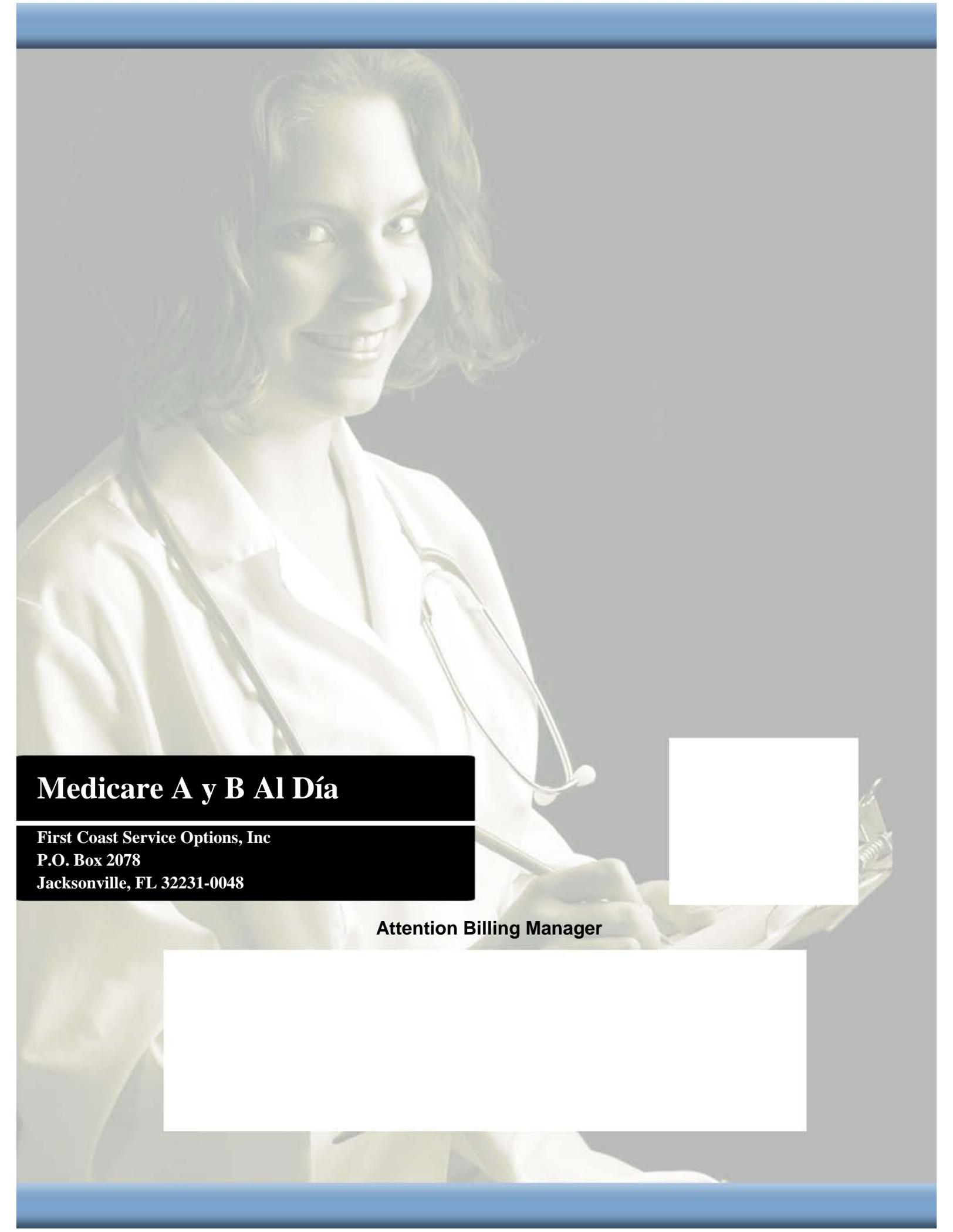
Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager