

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Junio 2013



¿Quiere evitar recibir menos reembolso? Es tiempo de integrarse a EHR

Las prácticas médicas elegibles para el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare pueden evitar ajustes de pago negativos si éstos demuestran uso significativo de la utilización de los registros de salud electrónicos en su práctica para fin de 2013.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron una llamada para una mayor participación en el programa de EHR entre prácticas de médicos, o profesionales elegibles. Los profesionales elegibles (EP) incluyen médicos de medicina u osteopatía, médicos de cirugía dental o medicina dental, médicos de podología, médicos de optometría, y quiroprácticos.

De acuerdo con CMS, los ajustes de pago negativos comenzarán el 1 de enero de 2015. Para evitar los ajustes, CMS recomienda altamente a los EP a empezar inmediatamente y comenzar a participar en el programa de EHR en 2013. Los EP que primero demuestren uso significativo por un periodo de reporte de 90 días en el 2013 pueden evitar ajustes de pago en el 2015.

CMS determinará los ajustes de pago basado en los datos de uso significativo en 2014. El ajuste de pago es de 1 por ciento por año, y acumulativos para cada año consecutivo que una práctica médica no demuestre uso significativo. Las prácticas médicas deben demostrar uso significativo cada año para evitar ajustes de pago en años subsiguientes.

En esta edición

CMS aprueba el sello de goma	5
Hoja de cálculo interactiva de E/M	13
Actualizaciones de vacuna contra hepatitis B	17
Implementación de la resolución 1455-R	20
Nuevos códigos de procedimiento de ICD-9	21
Pago de incentivo para PMD	35
Sistema de inscripción de PV-PQRS	35
Actualización del sistema de pago ASC	38

Los EP que planifican comenzar a participar en 2014 deben hacerlo por un periodo de 90 días dentro de los primeros 9 meses del año. Los EP deben atestar uso significativo no más tarde del 1 de octubre de 2014, para poder evitar los ajustes de pago.

Los ajustes de pago estarán aplicados a la cantidad de tarifa fija de Medicare para los servicios profesionales prestados por la práctica en 2015. A las prácticas de salud que comenzaron a participar en 2011 o 2012 y subsecuentemente demostraron uso significativo, se les requiere continuar la demostración por un año completo en 2013.

Recursos

Para más información sobre los ajustes de pago de EP, visite la [hoja de sugerencias de excepciones por dificultades y ajustes de pago para los EP](#). Más información está disponible en el [sitio Web de los programas de incentivo de EHR](#).

La información contenida en 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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Ambulancia

Reducción de pagos de ambulancia3

Facturación

CMS publica precios de medicamentos4

Revisión al Medicare Benefit Policy Manual ...4

CMS aprueba el sello de goma5

Servicios de TCM5

Revisión de la tasa de interés7

Laboratorio Clínico

CMS actualiza los requerimientos de codificación para toma de muestras7

EDI

Actualizaciones de códigos de categoría8

Tarifa Fija

Actualización trimestral de tarifa fija8

Actualización de la base de datos del manual de tarifas fijas9

ICD-10

El rol de las casas de facturación 10

Inscripción del Proveedor

Actualización al Program Integrity Manual ... 10

Actualización de problemas de inscripción... 11

Denegaciones de inscripción 11

Centros de Rehabilitación

Periodo de prueba del reporte funcional de servicios de terapia termina 12

Cambio de responsabilidad de pago 12

Información General

Hoja de cálculo interactiva E/M 13

CMS actualiza las responsabilidades del proveedor para las terminaciones..... 14

Plasma autólogo rico en plaquetas 15

Pagos para servicios de anestesia 16

Unirse a la lucha contra el fraude..... 16

Actualizaciones para vacuna hepatitis B 17

Tratamiento para degeneración macular 18

CMS e-News del proveedor de Medicare 18

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos 19

Parte A

Facturación

Implementación de la resolución 1455-R20

Nuevos códigos de procedimiento ICD-921

ICD-10

Reclamaciones institucionales21

Hospital

Nueva recolección de datos para LTCH22

Pagos Prospectivos

Actualización de OPPS23

Actualizaciones de precios del PPS24

Detalles de facturación y cambios de política de CMS para actualización de OPPS24

Información General

Cambios en la remesa de pago electrónica (835)25

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación26

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A29

Contactos Parte A de Puerto Rico33

Contactos de Florida y USVI34

Parte B

Facturación

Pago de incentivo para PMD 35

PQRS

Sistema de inscripción de PV-PQRS 35

Medidas de calidad clínica 36

Centros de Rehabilitación

Responsabilidad de pago por cambios en denegaciones del límite de terapia 36

Información General

Edición de CWF para facturación37

Actualización para la edición de NCCI37

Actualización del sistema de pago ASC38

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación39

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de LCD Parte B42

Ordenar materiales de Parte B48

Contactos Parte B de Puerto Rico49

Contactos de Florida50

Contactos de Islas Vírgenes EE.UU.51

Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 6
Junio 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.

Ambulancia

Reducción de los pagos de ambulancia para transportes BLS que no son de emergencia hasta y desde los centros de diálisis



Número de *MLN Matters*: MM8269
Número de petición de cambio relacionado: 8269
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de mayo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2703CP
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

La sección 637 del American Taxpayer Relief Act de 2012 requiere que, efectivo para los transportes que ocurrieron en o después del 1 de octubre de 2013, los pagos de tarifa fija para transporte de soporte vital básico (BLS) de personas con enfermedad renal en estado terminal (ESRD) que no sean de emergencia, hasta y desde el tratamiento de diálisis renal, sean reducidos en un 10 por ciento.

La reducción del pago aplica tanto a la tarifa base como al reembolso de millaje. La reducción se aplicará en las líneas de las reclamaciones que contienen el código de

procedimiento A0428 (transporte) con el código modificador "G" (hospital-based ESRD) o "J" (freestanding ESRD facility) ya sea en la primera posición (código de origen) o segunda posición (código de destino) dentro de los dos dígitos del modificador del código de ambulancia y el código de procedimiento A0425, el cual refleja el millaje asociado con el transporte.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8269.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8269, 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/R2703CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2703, CR 8269

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.

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Facturación

CMS publica los archivos trimestrales de precios de medicamentos de Medicare Parte B

Número de *MLN Matters*: MM8340
 Número de petición de cambio relacionado: 8340
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de mayo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2715CP
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron los archivos de precio promedio de venta (ASP) de medicamentos de octubre de 2013. Estos archivos serán utilizados para determinar el límite de pago para reclamaciones por medicamentos pagables por separado de Medicare Parte B procesados o reprocesados a partir del 7 de octubre de 2013, con fechas de servicio del 1 de octubre de 2013, hasta el 31 de diciembre 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/MM8340.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8340, 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/R2715CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2715, CR 8340

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.

Revisiones al ‘Medicare Benefit Policy Manual’ para reflejar la implementación del ESRD PPS

Número de *MLN Matters*: MM8261
 Número de petición de cambio relacionado: 8261
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de junio de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R171BP
 Fecha de implementación: 9 de septiembre de 2013

Resumen

El capítulo 11 (enfermedad renal en estado terminal (ESRD)) del *Medicare Benefit Policy Manual* está siendo actualizado y reorganizado para reflejar el sistema de pago prospectivo de ESRD, el cual ha sido efectivo desde el 1 de enero de 2011. Los cambios se detallan [al comienzo de la página 7 de la petición de cambio 8261](#).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8261.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8261, 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/R171BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 171, CR 8261

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 aprueba el sello de goma para proveedores con discapacidades

Número de *MLN Matters*: MM8219

Número de petición de cambio relacionado: 8219

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de mayo de 2013

Fecha de efectividad: 18 de junio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R465PI

Fecha de implementación: 18 de junio de 2013

Resumen

Efectivo 18 de junio de 2013, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) permitirán a los proveedores con una discapacidad física utilizar un sello de goma como firma cuando ordenan o refieren servicios médicos para los beneficiarios de Medicare.

Para reclamar la exención de firma, los proveedores con una discapacidad física deben proporcionar la prueba a un contratista de CMS de su incapacidad para incluir su firma. Con pocas excepciones, las firmas estampadas no son aceptables como se describe en el capítulo/sección 3.3.2.4 del *Medicare Program Integrity Manual*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8219.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8219, 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/R465PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 465, CR 8219

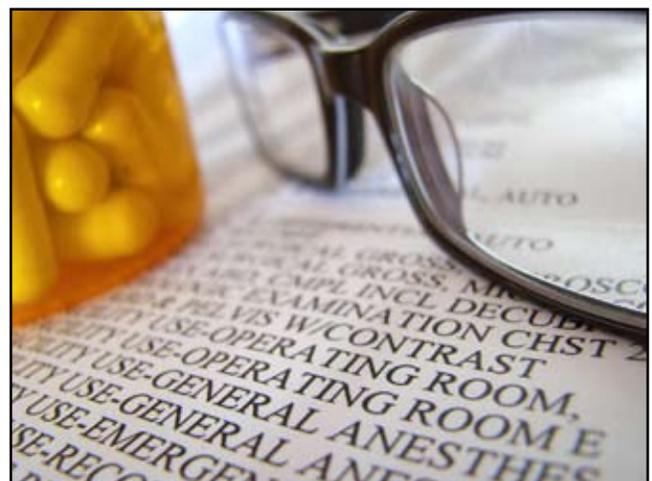
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 administración del cuidado de transición (TCM) (códigos CPT® 99495 y 99496)

Efectivo el 1 de enero de 2013, Medicare paga por dos códigos del *Current Procedural Terminology (CPT)®* utilizados para reportar los servicios de administración de atención médica para un paciente después del alta en la estadía en un hospital, centro de enfermería especializada (SNF), o centro de salud mental comunitario (CMHC), observación de paciente ambulatorio u hospitalización parcial. Los códigos CPT® correspondientes usados por médicos o profesionales de la salud calificados son 99495 y 99496. Esta política es discutida en la regla final del CY 2013 del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud publicado el 16 de noviembre de 2012 (77 registro federal (FR) 68978 hasta 68994).

Los servicios de administración del cuidado de transición (TCM) se componen de una visita cara a cara dentro de los plazos especificados, en combinación con los servicios a distancia que pueden ser realizados por el médico u otro profesional del cuidado de la salud calificado y/o el personal clínico con licencia bajo su dirección.

El periodo de 30 días para el servicio TCM comienza en la fecha del alta y se prolonga durante los próximos 29 días. La fecha de servicio reportada debe ser el día 30. Debido a que los códigos de TCM describen los 30 días de servicios, y los códigos de TCM son nuevos códigos a partir del 1 de enero de 2013, sólo son pagables por periodos de 30 días a partir del 1 de enero 2013. Por lo tanto, **la primera fecha de pago del servicio de cualquier servicio de TCM es el 30 de enero de 2013.** El lugar de servicio reportado en la reclamación debe corresponder al lugar de servicio de la visita cara a cara requerida. CMS ha establecido un pago de este servicio tanto para la instalación como para la no instalación. A continuación se encuentran los requerimientos relacionados con los códigos CPT® de TCM:



(Continúa en la página siguiente)

Servicios... (continuación)

- **CPT® 99495 – Servicios de administración del cuidado de transición (complejidad moderada):**
 - Comunicación (contacto directo, telefónico, electrónico) con el paciente y/o proveedor de cuidado dentro de los 2 días hábiles (posterior del alta)
 - Toma de decisiones médicas de al menos complejidad moderada durante el periodo de servicio
 - Visita cara a cara, dentro de 14 días calendario posterior del alta
- **CPT® 99496 – Servicios de administración del cuidado de transición (complejidad alta):**
 - Comunicación (contacto directo, telefónico, electrónico) con el paciente y/o proveedor de cuidado dentro de los 2 días hábiles (posteriores del alta).
 - Toma de decisiones médicas de al menos complejidad alta durante el periodo de servicio.
 - Visita cara a cara, dentro de 7 días calendario posterior del alta.

Se incluye este primer contacto con el paciente después del alta en el código TCM y no se reporta por separado. Aunque se requiere que el proveedor realice la visita cara a cara dentro de los 7-14 días (dependiendo de la situación que se ha descrito anteriormente), la facturación del código TCM no ocurriría hasta el día 30 después del alta. Sin embargo, cualquiera de los servicios E/M adicionales proporcionados posteriormente (durante esos 30 días) pueden presentarse con un código (E/M) de evaluación y manejo por separado como corresponde. Los servicios de E/M distintos, identificables por separado, pueden proveerse con cualquier otro servicio y facturarse por separado, siempre que no se incluyan con el resto de servicios.

Medicare sólo pagará la primera reclamación elegible presentada durante el periodo de 30 días que comienza con el día del alta. Otros profesionales de la salud pueden seguir reportando otros servicios razonables y necesarios, incluyendo otros servicios E/M, a los beneficiarios durante esos 30 días. Durante el periodo de 30 días de TCM, otros servicios de Medicare razonables y necesarios pueden ser reportados, con la excepción de aquellos servicios que no pueden ser reportados según los parámetros de los códigos CPT® y HCPCS G0181 y G0182 de Medicare (servicios de supervisión del plan de atención).

Medicare alienta a los profesionales de la salud a seguir los parámetros CPT® sobre el reporte de servicios TCM. En cuanto a “el personal clínico con licencia bajo su dirección,” Medicare requiere que cuando un profesional de la salud factura a Medicare por servicios y suministros que se proveen en las oficinas del médico, el profesional de la salud debe cumplir con los requerimientos “incidente a” que se describen en el capítulo 15 de la sección 60 del Benefit Policy Manual 100-02. Además, los servicios de administración del cuidado de transición seguirán las normas y directrices establecidas en E/M.

CMS recientemente publicó las preguntas hechas frecuentemente (FAQ) en el sitio Web de CMS, que abordan varios aspectos de estos códigos. El enlace a las FAQ es: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeeSched/Downloads/FAQ-TCMS.pdf>.

Fuente: American Medical Association (AMA) CPT® Manual 2013; CMS Transitional Care Management (TCM) frequently asked questions (FAQs)

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

Inscríbese libre de costo, clase de PECOS basado en la Internet

Únase a First Coast Service Options, en Jacksonville, para una sesión interactiva libre de costo sobre cómo utilizar PECOS basado en la Internet para crear o actualizar electrónicamente su inscripción a Medicare. Seleccione de las siguientes fechas de sesiones: 18 de julio, o 15 de agosto de 2013.



Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar intereses sobre las reclamaciones totalmente limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2013 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2013.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El Departamento del Tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página web del Departamento del Tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa del 1.375 % rige hasta el 30 de junio de 2013.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar.

Nota: El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

Fuente: Publication 100-04, Chapter 1, Section 80.2.2

Laboratorio Clínico

CMS actualiza los requerimientos de codificación para la toma de muestras de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM8339 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8339
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de junio de 2013
Fecha de efectividad: 16 de julio de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2730CP
Fecha de implementación: 16 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron el *Medicare Claims Processing Manual* para aclarar la codificación utilizada para la toma de muestras de laboratorio. Los proveedores deben usar los siguientes códigos del Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS) y la terminología con estos servicios:

- 36415 – Routine venipuncture for collection of specimen(s)
- P9615 – Catheterization for collection of specimen(s)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8339.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8339, 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/R2730CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2730, CR 8339

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 los códigos de la categoría del estatus de la reclamación y códigos del estatus de la reclamación

Número de *MLN Matters*: MM8320
 Número de petición de cambio relacionado: 8320
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de mayo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2713CP
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8320 explica que la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA) requiere que todos los pagadores del beneficio del cuidado de la salud utilicen solamente los códigos de categoría del estatus de la reclamación y códigos del estatus de la reclamación aprobados por el comité nacional de mantenimiento de código para reportar el estatus de la reclamación(es) presentada. Los códigos de propiedad no pueden ser usados en el X12 276/277 para reportar el estatus de la reclamación.

Todos los cambios a los códigos aprobados durante la reunión del comité en junio de 2013 serán publicados en o alrededor del 1 de julio de 2013, en <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes> y <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes>. La lista de códigos incluye la fecha cuando un código ha sido agregado, cambiado o eliminado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8320.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8320, 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/R2713CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2713, CR 8320

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.

Tarifa Fija

Actualización trimestral de julio para la tarifa fija de 2013 de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM8325
 Número de petición de cambio relacionado: 8325
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de mayo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013 - para implementación de cantidades de tarifa fija para códigos efectivo el 1 de enero de 2013; 1 de julio de 2013 para todos los demás cambios
 Número de transmisión de CR relacionado: R2709CP
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) se actualizan de forma trimestral, cuando sea necesario, con el fin de implementar las sumas de las tarifas fijas para los códigos nuevos y existentes, según sea el caso y para aplicar los cambios en las políticas de pago.

Efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 julio de 2013, las sumas de tarifa fija para suministros para diabetes no ordenados por correo se ajustan para que sean iguales a los montos de pago único para suministros para diabetes ordenados por correo establecidos en la implementación del programa nacional de licitación competitiva de pedidos por correo.

Información adicional

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

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (continuación)

[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8325.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/MM8325.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8325, 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/R2709CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2709, CR 8325

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 julio de 2013 de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8291

Número de petición de cambio relacionado: 8291

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de mayo de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013 y 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2708CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8291, la cual instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB).

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado como el aviso de 30 días de un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2013 planeado para el 1 de julio de 2013.

Debido que los archivos revisados no han sido publicados, First Coast Service Options Inc. (First Coast) no conoce la magnitud de los cambios programados para ser implementados en la publicación del 1 de julio. Sin embargo, First Coast proporcionará más detalles sobre el alcance de los cambios una vez que los archivos hayan sido recibidos desde los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Por favor, continúe revisando la sección de noticias de tarifas del sitio Web [medicareespanol.fcso.com](http://www.medicareespanol.fcso.com), así como sus entregas semanales de eNews para nuevas actualizaciones relacionadas con los cambios de tarifa fija.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8291.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8291, 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/R2708CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2708, CR 8291

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.

ICD 10

El rol de las casas de facturación en la transición a ICD-10

Las prácticas que se preparan para la fecha límite de ICD-10, del 1 de octubre de 2014, están buscando recursos y organizaciones que pueden ayudar a hacer una transición sin problemas. Es importante saber que, si bien las casas de facturación pueden ayudar, no pueden proveer el mismo nivel de apoyo para la transición a ICD-10 como lo hicieron para la actualización de la versión 5010. ICD-10 describe un diagnóstico médico o procedimiento para pacientes hospitalizados y debe ser seleccionado por el proveedor, o un recurso designado por el proveedor como su codificador, y está basado en la documentación clínica.

Durante el cambio de la versión 4010 a la versión 5010, las casas de facturación prestaron apoyo a muchos proveedores convirtiendo las reclamaciones de la versión 4010 al formato de la versión 5010. Para ICD-10, las casas de facturación pueden ayudar a:

- Identificar los problemas que conducen a las reclamaciones que están siendo rechazadas
- Proporcionar orientación acerca de cómo solucionar una reclamación rechazada (por ejemplo, el proveedor debe incluir datos adicionales o diferentes)

Las casas de facturación no pueden, sin embargo, ayudar a identificar qué códigos ICD-10 utilizar a menos que ofrezcan servicios de codificación. Debido a que los códigos ICD-10 son más específicos, y un código ICD-9 puede tener varios códigos

correspondientes ICD-10, la selección del código ICD-10 apropiado requiere el conocimiento médico y la familiaridad con el evento clínico específico.

Mientras que algunas casas de facturación pueden ofrecer servicios de facturación/codificación de un tercero, muchos no lo hacen. Incluso la parte tercera que factura no puede traducir los códigos ICD-9 a ICD-10 a menos que también tengan la documentación clínica detallada necesaria para seleccionar el código ICD-10 correcto. Mientras se prepara para la fecha límite de ICD-10, del 1 de octubre de 2014, las casas de facturación son un buen recurso para probar que sus reclamaciones ICD-10 pueden ser procesadas – y para identificar y ayudar a resolver cualquier problema con su prueba de las reclamaciones de ICD-10.

Manténgase al día con ICD-10

Visite los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) [ICD-10 Web page](#) para ver las últimas noticias y recursos para ayudarlo a prepararse para la fecha límite del 1 de octubre de 2014. Inscribese para el correo electrónico de actualizaciones de la industria CMS ICD-10 y siga a CMS en Twitter.

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.

Inscripción del Proveedor

Actualización al Capítulo 15 del Program Integrity Manual

Número de *MLN Matters*: MM8222
 Número de petición de cambio relacionado: 8222
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2013
 Fecha de efectividad: 28 de mayo de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R461PI
 Fecha de implementación: 28 de mayo de 2013

Resumen

La clarificación clave capturada en esta actualización del manual es el manejo de la documentación corregida, nueva o previamente omitida u otros factores por el oficial de audiencia en apoyo a la solicitud de reconsideración de una denegación de inscripción del proveedor o revocación en cualquier momento antes de su decisión. El oficial de audiencia

tiene que determinar si la denegación o revocación es garantizada en base a toda la evidencia presentada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8222.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8222, 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/R461PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 461, CR 8222

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

Actualización del manual sobre problemas de inscripción del proveedor de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8155 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8155
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de mayo de 2013
Fecha de efectividad: 18 de marzo de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R462PI
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
- Divulgación de 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/R462PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 462, 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 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.

Denegaciones de inscripción cuando existe un pago en exceso

Número de *MLN Matters*: MM8039
Número de petición de cambio relacionado: 8039
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de mayo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R469PI
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Los contratistas de Medicare pueden denegar un formulario de solicitud de inscripción CMS-855 si el médico, profesional de la salud o proveedor le debe a Medicare un pago en exceso en el momento en que es presentada la solicitud de una nueva inscripción o el cambio de titularidad.

Los pagos en exceso son los pagos de Medicare que un proveedor o el beneficiario ha recibido en exceso de las cantidades adeudadas y pagables bajo los

estatutos y los reglamentos. El artículo completo de *MLN Matters*[®] describe las circunstancias en las que los contratistas de Medicare denegarán las solicitudes de inscripción.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8039.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8039, 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/R469PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 469, CR 8039

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 Rehabilitación

El periodo de prueba del reporte funcional de servicios de terapia para pacientes ambulatorios termina el 30 de junio

Según lo requerido por la sección 3005(g) del Middle Class Tax Relief and Jobs Creation Act (MCTRJCA) de 2012, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron un nuevo sistema de recolección de datos basado en las reclamaciones para servicios de terapia ambulatoria, exigiendo el reporte de limitaciones funcionales, con 42 nuevos códigos G no pagables y siete nuevos modificadores de reclamaciones específicas para terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y servicios de patología del habla y lenguaje (SLP). El sistema de recolección de datos basado en reclamaciones es efectivo para los servicios de terapia ambulatoria con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2013.



Para el reporte funcional, actualmente está en vigor un periodo de prueba hasta el 30 de junio de 2013. Durante el periodo de prueba, las reclamaciones sin los códigos G requeridos y los modificadores de severidad/complejidad continuarán siendo procesadas y adjudicadas por su contratista administrativo de la Parte B de Medicare. A partir del 1 de abril, un mensaje de remesa de pago ha alertado a los proveedores acerca de la pérdida información en

reclamaciones seleccionadas de servicios de terapia. **Por favor tenga en cuenta:** Las reclamaciones institucionales no recibirán mensajes de alerta.

Las reclamaciones de terapia con fechas de servicio a partir del 1 julio de 2013, que no contienen los códigos G funcionales y los modificadores correspondientes requeridos serán devueltas o rechazadas, según corresponda.

Por favor lea los siguientes artículos de *MLN Matters*[®] para más información:

[MM8166](#) "Outpatient Therapy Functional Reporting Non-Compliance Alerts"

[MM8005](#) "Implementing the Claims-Based Data Collection Requirement for Outpatient Therapy

Services – Section 3005(g) of the Middle Class Tax Relief and Jobs Creation Act (MCTRJCA) of 2012"

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.

Cambio de la responsabilidad de pago para las denegaciones del límite de terapia

La sección 603(c) del American Taxpayer Relief Act de 2012 (ATRA) cambió la responsabilidad de pago, de beneficiarios a proveedores, para las denegaciones derivadas de los límites de terapia para pacientes ambulatorios a partir del 1 enero de 2013. Los sistemas de Medicare no fueron actualizados en el tiempo para representar con exactitud este cambio en las remesas de pago (RA) del proveedor. Los contratistas de Medicare pueden ya haber procesado las denegaciones de los límites de terapia por los servicios prestados en el 2013. Estas denegaciones se reportan incorrectamente en las RA, responsabilidad del beneficiario (código de grupo "PR"), cuando la responsabilidad recae legalmente en el proveedor (código de grupo "CO").

Debido a las diferentes limitaciones de los sistemas de procesamiento de reclamaciones, este reporte inexacto de RA se corregirá comenzando en fechas diferentes para diferentes formatos de reclamación. Para reclamaciones institucionales, la responsabilidad correcta se reportará a partir del 24 de junio de 2013. Para las reclamaciones profesionales, la responsabilidad correcta se reportará a partir del 1 de enero de 2014.

Debido a que la cantidad de pago de Medicare para estas reclamaciones es correcta, los contratistas administrativos de Medicare no ajustarán las reclamaciones procesadas antes de estas fechas para corregir el grupo de códigos. Hacerlo podría crear interrupciones en las cuentas por cobrar de los proveedores. En cambio,

(Continúa en la página siguiente)

Cambio... (continuación)

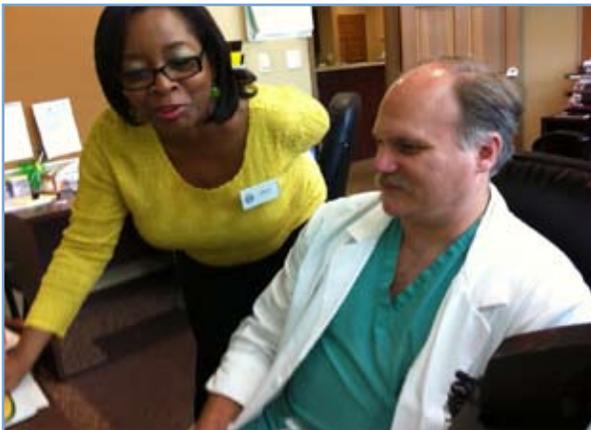
los proveedores de terapia deben revisar cualquier negación del límite de terapia para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2013 para determinar si se han recolectado pagos de los beneficiarios. Los proveedores deben reembolsar los pagos que encuentren por estos servicios a los beneficiarios. Además, los proveedores deben dejar de cobrar los pagos de denegaciones de los límites de terapia a menos que se le haya notificado al beneficiario debidamente a través de notificación anticipada (ABN) de no cobertura.

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.

Información General

La hoja de cálculo interactiva E/M mejora la facturación para los proveedores de Medicare



Patricia Matthews-Davis demuestra la hoja interactiva E/M de First Coast a Tim McConnell, un asistente de médico del Jacksonville Spine Center.

Debido a que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) eliminaron los códigos de consulta de la facturación de Medicare en el 2010, las prácticas médicas han incrementado la colaboración entre los proveedores y el personal médico de facturación para elevar las tasas de aprobación de las reclamaciones.

La facturación de Medicare para una visita del paciente requiere la selección del código de la evaluación y manejo (E/M) que mejor representa el nivel de servicio prestado. Cuando los códigos E/M reemplazan los códigos de consulta, muchas prácticas médicas experimentan dificultades para seleccionar los códigos correctos y proporcionar la documentación médica necesaria para justificar los exámenes más complejos.

Para ayudar a los proveedores a navegar a través de las decisiones de la documentación necesarias para una presentación exitosa de las reclamaciones de E/M, First Coast Service Options Inc. (First Coast) creó la [hoja de cálculo interactiva E/M](#).

Patricia Matthews-Davis, una especialista de

facturación del Jacksonville Spine Center, utiliza la hoja de cálculo interactiva de E/M de varias maneras para ayudar al centro a mejorar su facturación de reclamaciones de Medicare.

“La hoja de E/M es una herramienta tan útil. Realmente ayuda al médico a ver todos los factores que intervienen en la codificación de E/M y cómo la reclamación es desglosada”, dijo Matthews-Davis. Matthews-Davis dirigió recientemente una reunión que incluyó a cuatro de los proveedores del centro y realizó una demostración de la hoja de cálculo interactiva para cada uno de ellos. Se acercó al grupo a través de cada una de las secciones interactivas, haciendo uso del mouse sobre las pantallas que muestran la información que los proveedores deben considerar, ya que estas seleccionan los factores clave en la historia del paciente de la enfermedad actual, la revisión de los sistemas, y los antecedentes familiares del paciente.

Matthews-Davis dijo que los resultados fueron casi inmediatos. “Pude ver una mejoría en su documentación al día siguiente”, dijo.

Uno de los proveedores que trabaja con ella, Tim McConnell, PA-C, un asistente de médico del Jacksonville Spine Center, está de acuerdo en que la hoja de cálculo interactiva E/M promueve la interacción y los puentes de información de la documentación médica entre lo que ocurre en la sala de examen y lo que se registra en la reclamación de Medicare.

Como un ejemplo, McConnell señala la sección de la revisión de sistemas (ROS) de la hoja de cálculo. Explicó que algunos pacientes presentan problemas que se cruzan con varios sistemas médicos. “Usted debe unirlos”, dijo, señalando un paciente que presenta problemas que eran tanto psiquiátricos como neurológicos. “Para ello, tiene que haber algún tipo de diálogo con nosotros”, dijo, mirando a Matthews-Davis.

Además de trabajar con los proveedores de servicios

(Continúa en la página siguiente)

La hoja de cálculo... (continuación)

médicos para mejorar la documentación médica, Matthews-Davis también utiliza la hoja de cálculo interactiva E/M para las auditorías de prepago. “He estado usando la hoja de cálculo interactiva para auditar a nuestros nuevos proveedores del servicio de E/M y he encontrado que es tremendamente útil. Tener una copia de la hoja de cálculo con su documentación les ayuda a ver dónde se requieren cambios y obtener un mejor entendimiento de cómo funcionan las directrices”, dijo.

First Coast tiene una serie de herramientas en línea disponibles para los proveedores de servicios médicos para mejorar su facturación de Medicare. Para aprender más acerca de acerca de los servicios de E/M y cómo utilizar la hoja de cálculo interactiva E/M

“La hoja interactiva E/M es una herramienta de trabajo muy poderosa. Realmente ayuda a los médicos a ver todos los factores que van en la codificación E/M y cómo es desglosada la reclamación.”

- Patricia Matthews-Davis,
Jacksonville Spine Center

con su práctica, [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.

CMS actualiza las responsabilidades del proveedor para las terminaciones de servicio del proveedor

Número de *MLN Matters*: MM7903

Número de petición de cambio relacionado: 7903

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de mayo de 2013

Fecha de efectividad: 26 de agosto de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2711CP

Fecha de implementación: 26 de agosto de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron los procedimientos para las terminaciones de servicio del proveedor en el *Medicare Claims Processing Manual (manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare)*.

Cuando un beneficiario de Medicare agota los beneficios cubiertos, los proveedores de Medicare son responsables de la entrega de una notificación de no cobertura de Medicare (NOMNC) a un paciente o su representante.

Los beneficiarios de Medicare pueden apelar sus terminaciones de servicio a una organización de mejora de calidad (QIO) a través del proceso de determinaciones acelerado. El proceso de determinación acelerado está disponible para los beneficiarios que reciben servicios provistos por agencias de salud en el hogar, centros de rehabilitación ambulatoria comprensiva, o agencias de hospicio.

El artículo de *MLN Matters*® 7903 resume las responsabilidades del proveedor y beneficiario en el proceso de determinación acelerado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7903.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7903, 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/R2711CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2711, CR 7903

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.

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: 10 de junio de 2013
Fecha de efectividad: 2 de agosto de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R154NCD, R2720CP
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

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/R154NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2720CP.pdf>.

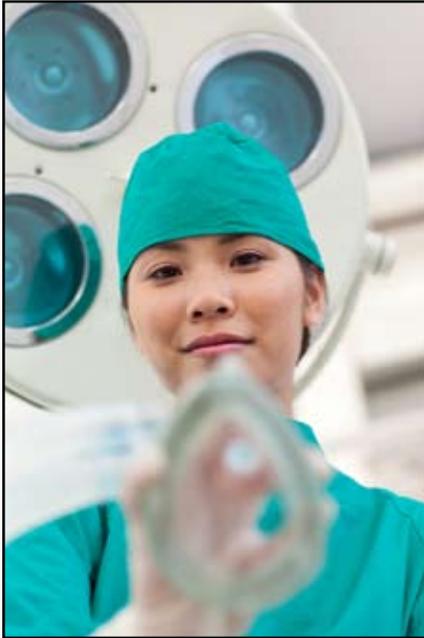
Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 154, CR 8213 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2720, CR 8213

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.

Calcule las posibilidades ...

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

Pagos transferidos para servicios de anestesia de CRNA y cuidado relacionado



Número de *MLN Matters*: MM7896
 Número de petición de cambio relacionado: 7896
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de junio de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2719CP
 Fecha de implementación: 9 de septiembre de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 7896 aplica a hospitales rurales y a hospitales de cuidado crítico que califican para pagos transferidos de enfermeras graduadas certificadas en anestesiología (CRNA) y provee clarificación en relación a cuáles servicios son elegibles para pagos transferidos en consonancia con el cambio regulatorio hecho en la regla final de las tarifas fijas de médicos de 2013. **Nota:** El cuidado relacionado aplica a esos servicios que una CRNA está legalmente autorizada a realizar en el estado en que los servicios son prestados.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7896.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7896, 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/R2719CP.pdf>.

[gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2719CP.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2719CP.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2719, CR 7896

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

Se solicita a las personas mayores y los proveedores de salud a unirse a la lucha contra el fraude

Nuevos resúmenes de salud ayudan a las personas mayores a identificar pagos indebidos

En los buzones de correo de todo el país, las personas con Medicare pronto verán el estado de cuenta rediseñado para sus reclamaciones de servicios y beneficios que les ayudará a reconocer de una mejor manera el posible fraude, desperdicio y abuso. Estos recientemente rediseñados *resúmenes de Medicare* son solamente una forma más de la administración Obama de convertir en prioridad la eliminación del fraude, desperdicio y abuso del cuidado de la salud. Debido a acciones como estas y las nuevas herramientas bajo el Affordable Care Act, el número de proveedores sospechosos y proveedores expulsados del programa Medicare ha aumentado más del doble en 35 estados.

La notificación rediseñada, será más fácil para que las personas con Medicare entiendan sus beneficios, presenten una apelación si una reclamación es denegada y reconozcan las reclamaciones por servicios que nunca recibieron. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) enviarán las notificaciones a los beneficiarios de Medicare sobre una base trimestral.

Los beneficiarios de Medicare y proveedores de la salud son socios fundamentales en la lucha en contra del fraude. En abril de este año, CMS anunció la *propuesta de una norma* que incrementaría las recompensas – por hasta \$9.9 millones – pagados a los beneficiarios de Medicare y a aquellos cuyos consejos sobre sospechosos de fraude lleven a una recuperación exitosa de fondos.

Actualización sobre los esfuerzos antifraude de CMS

El Affordable Care Act ha permitido a CMS expandir sus esfuerzos para prevenir y luchar contra el fraude,

(Continúa en la página siguiente)

Se solicita... (continuación)

desperdicio y el abuso. En los últimos cuatro años, el gobierno de Obama ha recuperado más de \$14.9 billones en juicios de fraude del cuidado de la salud, liquidaciones, e imposiciones administrativas, incluyendo las recuperaciones de archivos en 2011 y 2012.

Desde que se implementó el Affordable Care Act, CMS ha revocado 14,663 proveedores y la capacidad de los proveedores para facturar en el programa de Medicare desde marzo de 2011. Estos proveedores fueron removidos del programa porque tenían condenas por delitos graves, no estaban en funcionamiento en la dirección que CMS tenía en el archivo, o no estaban cumpliendo con las normas de CMS.

En 18 estados, el número de revocaciones se ha cuadruplicado desde que CMS puso en lugar los requerimientos de selección y revisión del Affordable Care Act, así como la aplicación proactiva del análisis de datos para identificar posibles discrepancias de la licencia de las personas y entidades inscritas. Estos esfuerzos están asegurando que solamente los proveedores calificados y legítimos puedan proporcionar productos y servicios de salud para los beneficiarios de Medicare.

El texto completo de este resumen del [comunicado de prensa de CMS](#) (publicado el 6 de junio).

Actualizaciones a la cobertura de Medicare para la vacuna de hepatitis B y su administración

Las regulaciones de Medicare cubren la vacuna de hepatitis B y su administración si es proporcionada a un individuo que esté en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. Las regulaciones fueron modificadas en 2012 para añadir “personas diagnosticadas con diabetes mellitus” bajo la categoría de grupo de alto riesgo para cobertura bajo este beneficio.

La petición de cambio 8275 hace las provisiones del *Medicare Benefit Policy Manual* consistente con estos requerimientos reglamentarios modificados.

Procedimiento para la modificación de diagnóstico

Como resultado de los cambios en la regulación, efectivo para reclamaciones con fechas de servicio **a partir del 10 de junio de 2013**, los códigos *CPT*® 90739, 90740, 90743, 90744, 90746, 90747, y 90748 facturados sin uno de los siguientes códigos de diagnóstico serán denegados, así como también la administración de la vacuna asociada (HCPCS código G0010).

Diagnósticos añadidos a la modificación de hepatitis B

042	304.90-304.93
079.53	305.20-305.23
090.0-099.9	305.30-305.33
249.00-250.93	305.40-305.43
286.0-286.9	305.50-305.53
287.1	305.60-305.63
302.0	305.70-305.73
302.52	305.80-305.83
304.00-304.03	305.90-305.93
304.10-304.13	585.1-585.9
304.20-304.23	V02.60-V02.69
304.30-304.33	V02.8
304.40-304.43	V05.3
304.50-304.53	V08
304.60-304.63	V11.0-V11.9
304.70-304.73	V45.11
304.80-304.83	V69.2

CMS amplía la cobertura del tratamiento para degeneración macular

Número de *MLN Matters*: MM8292 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8292
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de junio de 2013
 Fecha de efectividad: 3 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2728CP y R155NCD
 Fecha de implementación: 16 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ampliarán la cobertura de terapia fotodinámica ocular (ocular photodynamic therapy, OPT) con verteporfina para el tratamiento de edema macular senil (AMD) húmeda ("wet" age-related macular edema, AMD), causa principal de la pérdida de visión en estadounidenses mayores de 60 años.

CMS permitirá la tomografía de coherencia óptica (optical coherence tomography) o angiografía con fluoresceína (fluorescein angiogram) para evaluar la respuesta al tratamiento. El resto de los criterios de cobertura continuarán aplicando. De acuerdo con CMS, la ampliación de cobertura reconoce las nuevas terapias que en gran parte suplantaron OPT como tratamiento inicial de AMD. OPT permanece como una opción para pacientes en los cuales las nuevas terapias han fallado.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8292.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8292, 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/R2728CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R155NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2728, CR 8292 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 155, CR 8292

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, 30 de mayo de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-05-30-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 6 de junio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-06-06-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 13 de junio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-06-13Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 20 de junio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-06-20Enews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201305-05, 201306-04, 201306-03, 201306-05

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Julio de 2013

Clase sobre PECOS basado en la Internet Parte A/B (inglés)

Cuando: 18 de julio de 2013

Hora: 8:00 a.m.- mediodía ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Medifest 2013 Tallahassee; construyendo una comunidad más fuerte a través de la educación A/B

Cuando: 24-25 de julio de 2013

Hora: 8:00 a.m.- 4:30 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Revisión médica prepago de reclamaciones de hospital -- DRG de pacientes hospitalizados (A/B)

Cuando: 14 de agosto de 2013

Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Clase sobre PECOS basado en la Internet Parte A/B (inglés)

Cuando: 15 de agosto de 2013

Hora: 8:00 a.m.- mediodía ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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.

Facturación

Implementación de la resolución 1455-R (facturación de la Parte B de Medicare en hospitales)



Número de *MLN Matters*: MM8277
 Número de petición de cambio relacionado: 8277
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de mayo de 2013
 Fecha de efectividad: 13 de marzo de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1247OTN
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las instrucciones para implementar la resolución 1455-R, que permite a los hospitales facturar los servicios de la Parte B cuando una reclamación de Parte A para un paciente hospitalizado es denegada por la revisión de un contratista de Medicare.

El 13 de marzo de 2013, CMS emitió la resolución, que establece un proceso provisional para que los hospitales facturen a Medicare por los pacientes hospitalizados de la Parte B o por los servicios de pacientes ambulatorios a raíz de la denegación de reclamaciones la Parte A. La resolución sólo aplica a las denegaciones de la Parte A para pacientes hospitalizados cuando la admisión de hospitalización fue determinada como no razonable y necesaria por la revisión de un contratista de Medicare.

A través de varias decisiones recientes, los jueces de derecho administrativo y las asambleas de apelaciones de Medicare han apoyado la determinación de la revisión de los contratistas de Medicare que las admisiones de pacientes hospitalizados no eran médicamente necesarias, pero ordenaron además el pago de los servicios como si fueran prestados a un paciente ambulatorio o “nivel de observación” de la atención.

El artículo de *MLN Matters*® 8277 provee instrucciones para los hospitales con relación a las apelaciones pendientes para los servicios de Parte A y cómo los hospitales pueden facturar por los servicios afectados de Parte B, si son elegibles.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8277.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8277, 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/R1247OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1247, CR 8277

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).

Nuevos códigos de procedimiento añadidos a ICD-9-CM con la actualización de 2013

Número de *MLN Matters*: MM8355
Número de petición de cambio relacionado: 8355
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de junio de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2727CP
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

El comité de coordinación y mantenimiento de la clasificación internacional de enfermedades, novena revisión, modificación clínica (ICD-9-CM) implementó un congelamiento parcial de los códigos de ICD-9-CM y ICD-10 (ICD-10-CM y ICD-10-PCS) antes de la implementación de ICD-10, el 1 de octubre de 2014.

Con el congelamiento parcial, sólo códigos de procedimiento han sido añadidos con la actualización de ICD-9-CM de 2013. No hay nuevos códigos de diagnóstico para el año fiscal (FY) 2014. Los nuevos códigos de procedimiento de ICD-9-CM incluyen:

- 00.96 - Infusion of 4-Factor Prothrombin Complex Concentrate Infusion of 4F-PCC
- 14.81 - Implantation of epiretinal visual prosthesis

- 14.82 - Removal of epiretinal visual prosthesis
- 14.83 - Revision or replacement of epiretinal visual prosthesis

También, para FY 2014, Medicare excluye el código de ICD-9-CM, 99.06 - transfusion of coagulation factors (transfusión de factores de coagulación). El artículo de *MLN Matters*® también incluye un listado de los equivalentes de código de ICD-10-CM.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8355.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8355, 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/R2727CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2727, CR 8355

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.

ICD-10

CMS clarifica las instrucciones de facturación para las reclamaciones institucionales de Medicare durante la conversión a ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE1325
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

En el enlace del artículo de la edición especial, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aclaran la política para el procesamiento de las reclamaciones divididas para proveedores institucionales que incluyen la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a revisión (ICD-10) con fecha de implementación del 1 de octubre de 2014.

Los códigos ICD-9 son efectivos para aquella porción de servicios prestados el 30 de septiembre de 2014, y antes. Los códigos ICD-10 son efectivos para aquella porción de servicios prestados el 1 de octubre del 2014, y después.

CMS requerirá que los proveedores dividan las reclamaciones de tal forma que todos los códigos ICD-9 permanezcan en la reclamación con fecha de servicio (DOS) hasta el 30 de septiembre 2014, y todos los códigos ICD-10 sean colocados en la otra reclamación con DOS a partir del 1 de octubre de 2014, y después. En el artículo CMS proporciona una lista de los tipos de facturas y los requerimientos para el procesamiento de reclamaciones para la transición a ICD.

(Continúa en la página siguiente)

CMS... (Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1325.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1325

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

Hospital

CMS introduce nueva recolección de datos para los hospitales de cuidado a largo plazo

Número de *MLN Matters*: SE1302

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

A partir del 1 de abril de 2014 los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requerirán a los hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH), que sirven a los beneficiarios de Medicare, recolectar y reportar el porcentaje de pacientes que reciben vacunas contra la gripe estacional.

También, a partir del 1 de octubre de 2014, CMS requerirá que las instalaciones inicien la recopilación de datos sobre el porcentaje del personal de salud que recibe vacunas contra la gripe estacional. Los LTCH que recopilan y reportan esta información, junto con otros puntos de datos requeridos de atención a largo plazo del programa de reporte de calidad en el hospital (LTCHQR), serán elegibles para las actualizaciones anuales de pago de 2015.

Desde octubre de 2012, el programa LTCHQR requiere que las instalaciones reporten trimestralmente el porcentaje de residentes que sufren úlceras por presión, los datos de los pacientes con infecciones asociadas al catéter del tracto urinario, así como información sobre las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a vías centrales.

Los LTCH estaban obligados a reportar estos datos de octubre 2012-diciembre 2012 hasta el 15 de mayo de 2013, para evitar una reducción de dos por ciento en la actualización de pago anual de 2014. La fecha límite para la presentación de datos del primer trimestre de 2013 es el 15 de agosto de 2013.

Para el año fiscal 2014, y cada año siguiente, las instalaciones que no presenten los datos de calidad verán una reducción de dos puntos porcentuales en su actualización de pago anual. Más detalles sobre los requerimientos de reportes y futura información sobre fechas límite están disponibles en el artículo de la edición especial completa (SE).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1302.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1302

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



Pagos Prospectivos

CMS publica la actualización de julio de 2013 para el sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM8317 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8317
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de junio de 2013
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2724CP
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las actualizaciones de julio de 2013 para el sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS) y del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE). Las actualizaciones incluyen los cambios en la lista de productos para injertos de piel y los nuevos modificadores para las reclamaciones relacionadas con el tratamiento de la enfermedad renal en estado terminal. Los cambios incluyen:

- Efectivo 2 de agosto de 2012, Medicare implementará la determinación de cobertura nacional (NCD) a mediados de trimestre de la no cobertura para el código G0460. La edición 68 es afectada.
- Efectivo 1 de julio de 2013, Medicare aplicará la edición 66 al código A9699 como un medicamento sin clasificación que requiere la determinación manual de precios.
- Efectivo 1 de julio de 2013, Medicare realizará los cambios HCPCS/APC/SI tal como lo especifica CMS (modificación de archivos de datos).
- Efectivo 1 de julio de 2013, Medicare actualizará la lista de productos de injertos de piel.
- Efectivo 1 de julio de 2013, Medicare implementará la versión 19.2 de la iniciativa nacional de codificación correcta (según la modificación aplicable para proveedores institucionales). Las ediciones 20 y 40 son afectadas.
- Efectivo 1 de enero de 2013, Medicare actualizará la edición de requerimiento de procedimiento/dispositivo. La edición 71 es afectada.
- Efectivo 1 de julio de 2013, Medicare agregará un nuevo modificador JE (Administered Via Dialysate) a la lista de modificadores válidos. La edición 22 es afectada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8317.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8317, 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/R2724CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2724, CR 8317

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

Actualizaciones de precios del PPS de 2014 para los centros de enfermería especializada de Medicare Parte A

Número de *MLN Matters*: MM8329

Número de petición de cambio relacionado: 8329

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de junio de 2013

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2731CP

Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) dieron a conocer recientemente las tarifas de pago actualizadas utilizadas bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) para los centros de enfermería especializada (SNF) para el año fiscal (FY) 2014, a partir del 1 de octubre 2013.

La metodología de actualización es idéntica a la utilizada en el FY 2014, que incluye un ajuste de error de predicción siempre que la diferencia entre el cambio previsto y el real en la bolsa del mercado de SNF exceda el 0.5 punto porcentual.

Las tarifas pueden ser encontradas en el *Federal Register*, disponible en línea en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFFPS/List-of-SNF-Federal-Regulations.html>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8329.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8329, 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/R2731CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2731, CR 8329

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.

Detalles de facturación y cambios de política de CMS para la actualización de OPPS de julio 2013

Número de *MLN Matters*: MM8338

Número de petición de cambio relacionado: 8338

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de junio de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2718CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) de julio de 2013.

Con la actualización de julio de 2013, CMS está implementando seis códigos *Current Procedural Terminology*® (*CPT*®) categoría III:

- 0329T - Monitoring of intraocular pressure for 24 hours or longer, unilateral or bilateral, with interpretation and report
- 0330T - Tear film imaging, unilateral or bilateral, with interpretation and report
- 0331T - Myocardial sympathetic innervation imaging, planar qualitative and quantitative assessment;
- 0332T - Myocardial sympathetic innervation imaging, planar qualitative and quantitative assessment; with tomographic SPECT
- 0333T - Visual evoked potential, screening of visual acuity, automated

(Continúa en la página siguiente)

Detalles... (Continuación)

- 0334T - Sacroiliac joint stabilization for arthrodesis, percutaneous or minimally invasive (indirect visualization), includes obtaining and applying autograft or allograft (structural or morselized), when performed, includes image guidance when performed (e.g., CT or fluoroscopic)

El artículo de *MLN Matters*® 8338 también describe códigos para ampliación de la cobertura de vacunas de influenza y provee enlaces a una nueva sección del *Medicare Claims Processing Manual* para la cobertura de servicios de braquiterapia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8338.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8338, 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/R2718CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2718, CR 8338

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

Cambio en la remesa de pago electrónica (835) para reclamaciones de pacientes hospitalizados

Las remesas de pago electrónicas de la Parte A de Medicare generadas en o después del 22 de julio de 2013, ya no incluirán la línea de información de pago del servicio en las reclamaciones de pacientes hospitalizados.

Con base en la instrucción del *835 Health Care Claim Payment/Advice Implementation Guide*, la línea de información de pago del servicio no soporta las reclamaciones de hospitalización. Toda la información de ajuste de reclamaciones será reportada al nivel de reclamación.

Si los proveedores tienen un proceso automatizado para publicar las reclamaciones de la Parte A de pacientes hospitalizados, puede ser requerido un cambio de su parte para aceptar la remesa de pago modificada. Este cambio se aplica a las reclamaciones de pacientes hospitalizados, tipo de factura 11x; reclamaciones de centros de enfermería especializada, tipos de factura 18x, 21x, 28x, y 51x; y reclamaciones de hospital religioso no médico, tipo de factura 41x.

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

Suscripción a Medicare Parte A

La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en ambos *inglés y español*. Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2012 hasta septiembre 2013.

Para ordenar una suscripción anual, complete el *formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte A*.

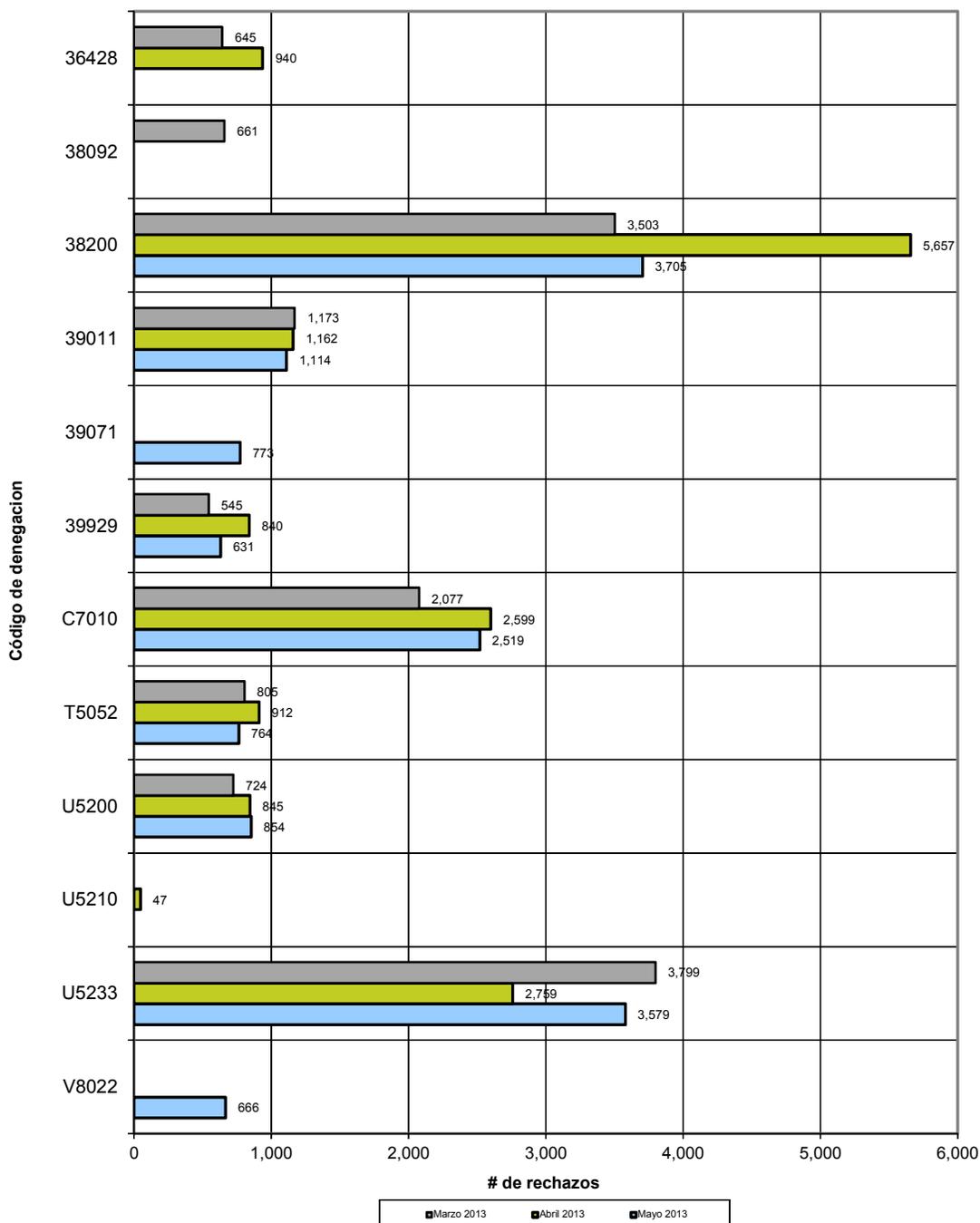
Gráficos

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en marzo-mayo de 2013

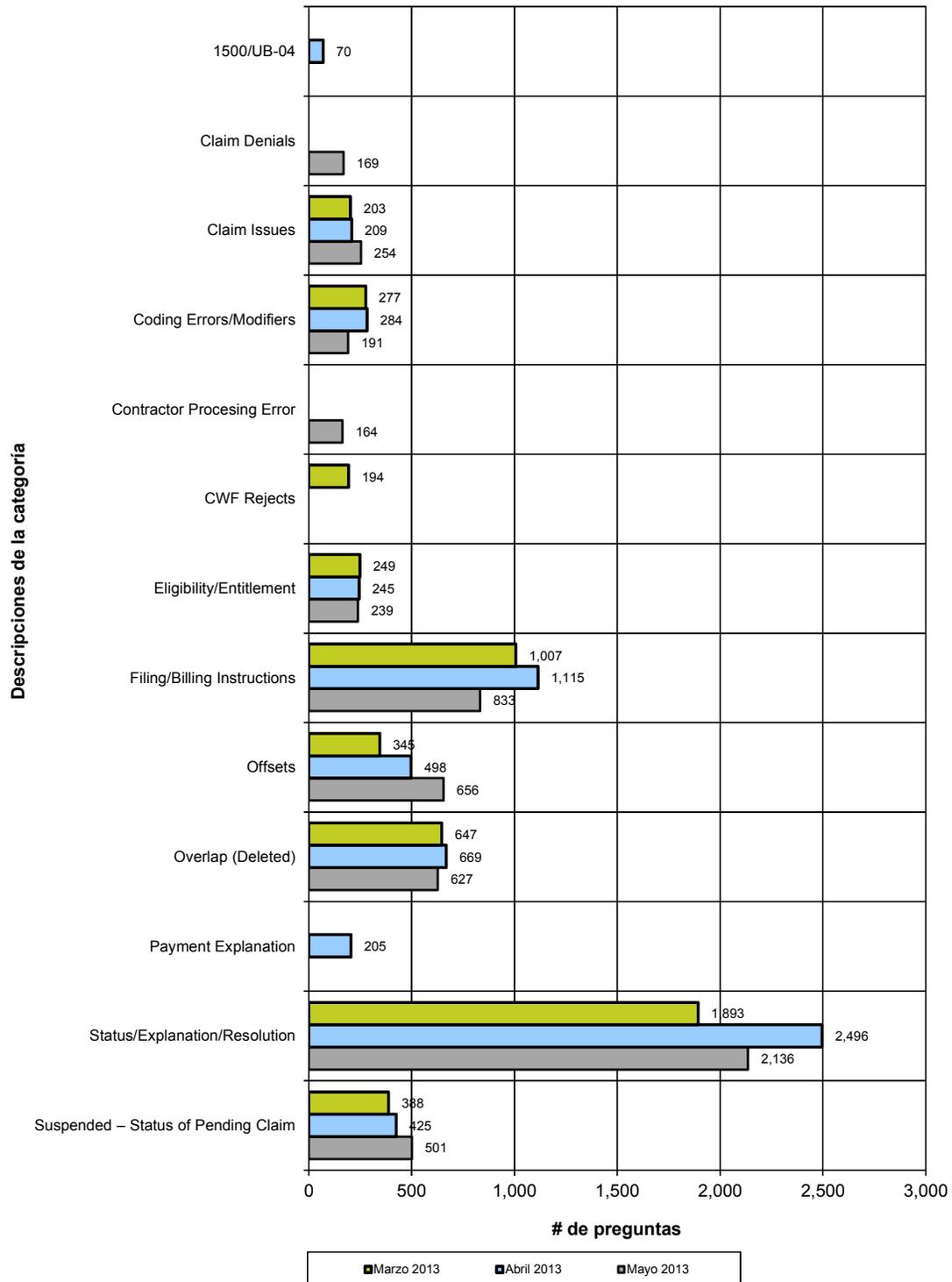
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

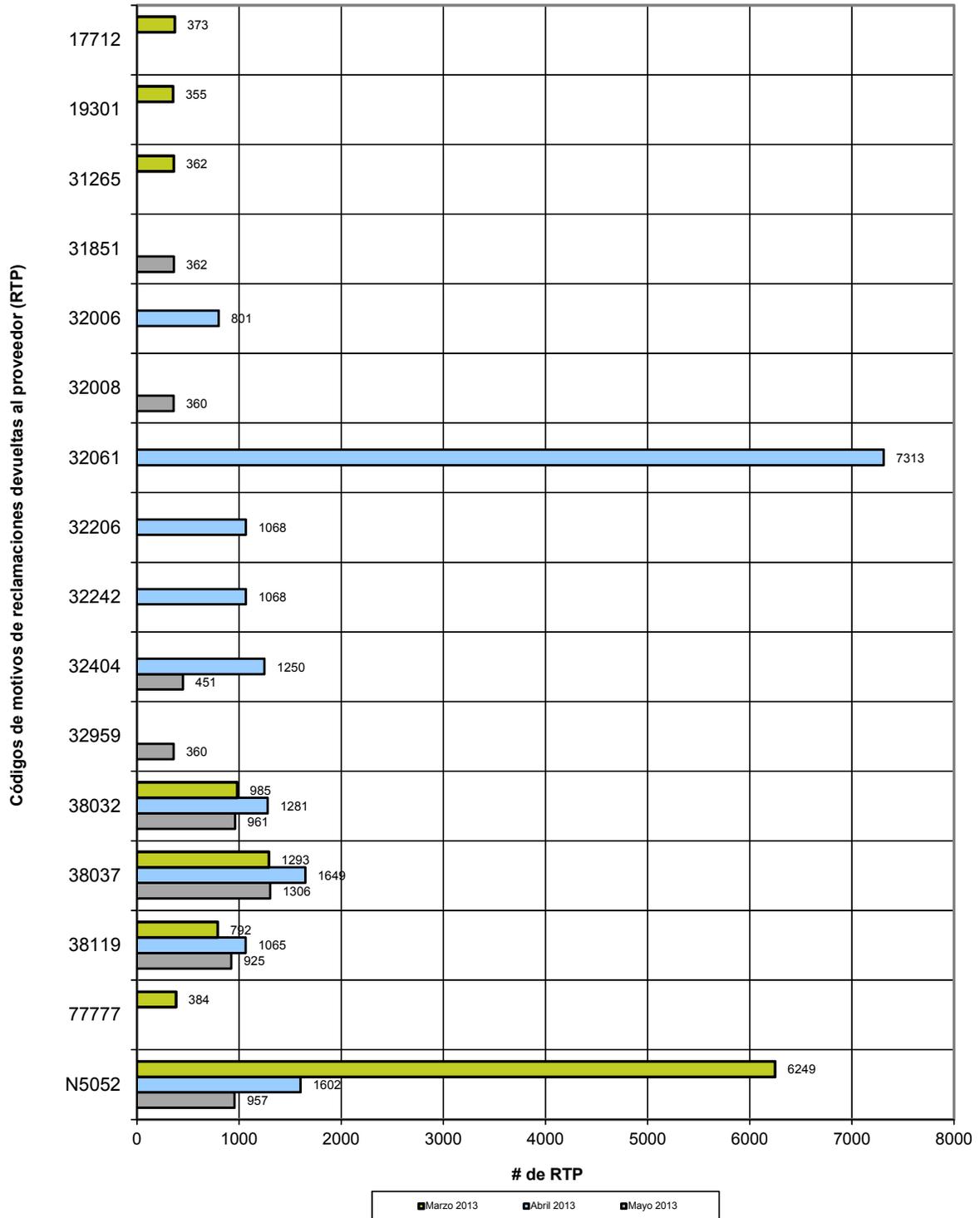
Rechazos más frecuentes de Parte A en marzo-mayo de 2013



Preguntas de Parte A más frecuentes en marzo-mayo de 2013



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en marzo-mayo de 2013



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Bisphosphonates intravenous (IV) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and other indications	30
Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox)	30
Duplex scanning	31
Gemcitabine (Gemzar®)	31
Vinorelbine tartrate (Navelbine®)	31
Noncovered services	32

Información Médica Adicional

C9285: Parche tópico Synera™	32
------------------------------------	----

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Bisphosphonates intravenous (IV) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD Parte A

Identificador de LCD: L32110 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para bifosfonatos intravenosos (IV) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones fue recientemente revisada el 1 de septiembre de 2012. Desde entonces, basado en la petición de cambio 8286 de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), Transmisión 2695, con fecha del 2 de mayo de 2013 (Quarterly HCPCS Drug/Biological Code Changes), petición de cambio 8317, Transmisión 2704, con fecha del 17 de mayo de 2013 (July 2013 Integrated Outpatient Code Editor [I/OCE] Specifications), y la petición de cambio 8338, Transmisión 2718, con fecha del 7 de junio de 2013 (July 2013 Update of the Hospital OPPS), los indicadores de estatus para los códigos HCPCS J3487 y J3488 fueron cambiados a una “E” (no pagable por Medicare). Los códigos HCPCS J3487 y J3488 fueron sustituidos con el nuevo código HCPCS Q2051. Por lo tanto, las secciones “CPT®/HCPCS Codes” y “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fueron actualizadas para remover los códigos HCPCS J3487 y J3488 y añadir el código HCPCS Q2051.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox) – revisión a la Parte A de la LCD

Identificador de LCD: L28827 (Florida)

Identificador de LCD: L28860 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox) fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, basada en la petición de cambio 8286 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Transmittal 2695, con fecha del 2 de mayo de 2013 (cambios trimestrales a los códigos HCPCS de medicamentos/biológicos), petición de cambio 8317, Transmittal 2704, con fecha del 17 de mayo de 2013 (especificaciones de julio de 2013 del editor de códigos ambulatorios integrados [I/OCE]), y la petición de cambio 8338, Transmittal 2718, con fecha del 7 de Junio de 2013 (actualización de julio de 2013 de OPPS de hospital), las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “CPT/HCPCS Codes” fueron revisadas para remover el código HCPCS J9002 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, doxil, 10 mg) y reemplazarlo con el código HCPCS Q2050 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, not otherwise specified, 10 mg).

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centro de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Duplex scanning – revisión a la Parte A de la LCD

Identificador de LCD: L28830 (Florida)

Identificador de LCD: L28863 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para duplex scanning fue revisada recientemente el 16 de abril de 2013. Desde entonces, fue realizada una revisión bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” para agregar los códigos de diagnóstico 608.89 (Other specified disorders of male genital organs, other) y 608.9 (Unspecified disorder of male genital organs) para los códigos CPT® 93975 y 93976.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 18 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Gemcitabine (Gemzar®) – revisión a la LCD Parte A

Identificador de LCD: L28847 (Florida)

Identificador de LCD: L28880 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue recientemente revisada el 15 de noviembre de 2011. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de la etiqueta de mesotelioma pleural maligno. En adición, se hizo una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir el rango de código de diagnóstico 163.0 -163.9 (mesotelioma pleural maligno).

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 18 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Vinorelbine tartrate (Navelbine®) – revisión a la LCD Parte A

Identificador de LCD: L29004 (Florida)

Identificador de LCD: L29036 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para vinorelbine tartrate (Navelbine®) era efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de etiqueta de mesotelioma pleural maligno. Además, se hizo una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir el rango de códigos de diagnóstico 163.0-163.9 (mesotelioma pleural maligno).

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 18 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Noncovered services – revisión a la LCD Parte A

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para noncovered services fue recientemente revisada el 4 de junio de 2013. Desde entonces, con base en la petición de cambio 8317 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Transmittal 2704, con fecha del 17 de mayo de 2013 (especificaciones de julio de 2013 del editor de códigos ambulatorios integrados [I/OCE]) y la petición de cambio 8338, Transmittal 2718, con fecha del 7 de junio de 2013 (actualización de julio de 2013 de OPPS de hospital), el código CPT® 90686 fue removido de la sección de la LCD “Local Noncoverage Decisions-Drugs and Biologicals”. Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 1 de julio de 2013**, para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**.

El descriptor para el código HCPCS C9734 fue revisado con base en la petición de cambio 8338, Transmittal 2718, con fecha del 7 de junio de 2013 (actualización de julio de 2013 de OPPS de hospital). Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2013**.

Además, con base en la CR 5969, Transmittal 1483, con fecha del 25 de marzo de 2008 (especificaciones de abril de 2008 del editor de códigos ambulatorios integrados [I/OCE]), fue removido el código HCPCS J7307 de la sección de la LCD “Local Noncoverage Decisions – Devices”. Esta revisión es efectiva para reclamaciones procesadas a partir del 1 de julio de 2013, para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2008**.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centro de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información Médica Adicional

C9285: Parche tópico Synera™

El parche tópico Synera™ (lidocaine 70 mg/tetracaine 70 mg) (código HCPCS C9285) está indicado para utilizar en piel sana para proveer analgesia dérmica local para el acceso venoso superficial y procedimientos dermatológicos superficiales tales como una incisión, electrodesecación y biopsia de raspado de lesiones en la piel. Basado en revisión de literatura y revisión de la carta de aprobación/información farmacológica clínica de la Food and Drug Administration (FDA) ha sido determinado que efectivo para reclamaciones procesadas **a partir del 30 de mayo de 2013**, para servicios prestados **a partir del 28 de mayo de 2013**, el parche tópico Synera™ es considerado no cubierto porque el pagador no lo considera una “necesidad médica”.

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 prostéticos, 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

Facturación

Pago de incentivo relacionado a autorización previa para dispositivos eléctricos de movilidad



Número de *MLN Matters*: MM8056
Número de petición de cambio relacionado: 8056
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de abril de 2013
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R1250TN
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Bajo la demostración de autoridad, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) están

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.

proponiendo tres años antes del proceso de autorización para dispositivos eléctricos de movilidad (PMD) en California, Florida, Illinois, Michigan, New York, North Carolina y Texas. Esta iniciativa está diseñada para proteger el Medicare Trust Fund al combatir el fraude y prácticas de facturación abusivas y hace al médico o encargado del tratamiento más responsables por los artículos ordenados para prevenir pagos impropios.

Si un médico/encargado del tratamiento presenta la petición inicial previa a la autorización, el médico/encargado del tratamiento tiene derecho a facturar el procedimiento G9156 y recibir \$10 por incentivo de pago de beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8056.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8056, 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/R1250TN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1250, CR 8056

PQRS

El sistema de inscripción de PV-PQRS abre el 15 de julio

El sistema de inscripción del sistema de reporte de calidad médica de valor médico [Physician value (PV)-Physician Quality Reporting System (PQRS)] es una nueva aplicación para servir al modificador de valor médico y programas de PQRS. El sistema de inscripción de PV-PQRS estará abierto del 15 de julio al 15 de octubre de 2013, y permitirá lo siguiente:

- Consultorios de grupo de médicos seleccionar su mecanismo de reporte de grupo PQRS del año calendario (CY) 2013, y si aplica, elegir la calidad por niveles para calcular su modificador de pago basado en valor de CY 2015; y
- Profesionales elegibles individuales seleccionar el mecanismo de reporte de reclamaciones administrativas para el CY 2013.

Nota: Una cuenta en Individuals Authorized Access to the CMS Computer Services (IACS) es requerida para acceder al sistema de inscripción de PV-PQRS. Ahora usted puede inscribirse para una cuenta nueva de IACS o modificar una cuenta existente de IACS en el [portal de aplicaciones de CMS](#).

Para más información

Visite el [sitio Web del programa de comentario médico](#) para más información sobre el modificador de pago basado en valor.

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

Actualización de 2014 de CMS de las medidas de calidad clínica para profesionales elegibles

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han actualizado recientemente las medidas de calidad clínica (CQM) y las especificaciones correspondientes de los reportes electrónicos para los profesionales elegibles (EP) que participan en los programas de incentivos de Medicare.

A partir del 2014, las especificaciones de CQM serán utilizadas para varios programas, como el sistema de reporte de calidad médica, para alinear los programas de incentivos EHR y reducir la carga sobre los proveedores para informar las medidas de calidad.

CMS anima fuertemente la implementación y el uso de las actualizaciones del CQM de 2014 para los EP ya que incluyen nuevos códigos, correcciones lógicas y aclaraciones. En el 2014, todos los proveedores que participan en los programas de incentivos de Medicare tendrán que reportar sobre las CQM finalizadas de 2014 en la etapa 2 de la regla.

Las medidas de calidad clínica, o CQM, son herramientas que miden y realizan un seguimiento de la calidad de los servicios de salud proporcionados por los EP, hospitales elegibles y hospitales de acceso crítico. Las CQM miden diferentes aspectos de la atención al paciente, incluyendo: los resultados de salud, procesos clínicos, seguridad del paciente, el uso eficiente de los recursos de la salud, coordinación de la atención, compromisos del paciente, la población y salud pública, y las directrices clínicas.

Más información disponible en el [sitio Web de los programas de incentivo EHR](#).

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

Centros de Rehabilitación

Responsabilidad de pago por cambios en denegaciones del límite de terapia

Número de *MLN Matters*: MM8321

Número de petición de cambio relacionado: 8321

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1248OTN

Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2013, que excedan el límite de terapia y no contengan el modificador GA, serán denegadas con un código de grupo de CO (obligación contractual) en lugar del código de grupo PR (responsabilidad del paciente).

Medicare **no ajustará las reclamaciones para fechas de servicios a partir del 1 de enero de 2013**, que fueron denegadas con el código de grupo PR antes de la implementación de la petición de cambio 8321. En adición, se requiere que los proveedores **reembolsen cualquier pago recogido de los beneficiarios** asociados con tales reclamaciones denegadas y para tomar los pasos para evitar nuevas colecciones de los beneficiarios basadas en la asignación incorrecta de responsabilidad sobre esas reclamaciones denegadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8321.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8321, 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/R1248OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1248, CR 8321

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

Edición de CWF para facturación de visitas de nuevos pacientes por el mismo médico o practica de grupo

Número de *MLN Matters*: MM8165 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8165
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de mayo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R1244OTN
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Las pautas de Medicare interpretan la frase “nuevo paciente” para representar a un paciente que no ha recibido servicios profesionales, por ejemplo, servicio de evaluación y manejo (E&M) o cualquier otro servicio cara a cara (por ejemplo, un procedimiento quirúrgico) del médico o de la práctica del grupo de médicos (la misma especialidad del médico) dentro de los tres años anteriores.

Las auditorias de recuperación han identificado pagos impropios porque los servicios del nuevo paciente han sido facturados dos o más veces en un periodo de tres

años por el mismo médico o grupo de médicos.

Como resultado, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementarán cambios al archivo común del trabajo (CWF) para solicitar a los contratistas validar que no existan dos nuevas visitas de pacientes que están siendo pagadas dentro de un periodo de tiempo de tres años.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8165.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8165, 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/R1244OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1244, CR 8165

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 publica la actualización de julio de 2013 para la edición de la iniciativa nacional de codificación correcta, versión 19.2

Número de *MLN Matters*: MM8298
Número de petición de cambio relacionado: 8298
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de mayo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2700CP
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente el último paquete de la edición de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 19.2, que entrará en vigor el 1 de julio de 2013.

La edición previamente contenida en la edición de archivos mutuamente exclusivos está siendo

movida a la edición del archivo “Column One/Column Two Correct Coding” creado el 1 de abril de 2012 actualizaciones NCCI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8298.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8298, 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/R2700CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2700, CR 8298

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

Actualización del sistema de pago de ASC de julio de 2013

Número de *MLN Matters*: MM8328

Número de petición de cambio relacionado: 8328

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de mayo de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2717CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8328, la cual describe cambios a, e instrucciones de facturación para, políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) de julio de 2013. Esta actualización incluye los siguientes cambios claves:

- Un nuevo código de procedimiento ha sido añadido a la tarifa fija de ASC (C9736)
- Nuevos códigos de categoría III
- Facturación para medicamentos, productos biológicos, y radiofármacos

Nota: El contratista determinará si un código de procedimiento es razonable y necesario para tratar la condición del beneficiario y si se excluye del pago.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8328.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8328, 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/R2717CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2717, CR 8328

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.

Descubra su pasaporte al adiestramiento de Medicare

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



Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

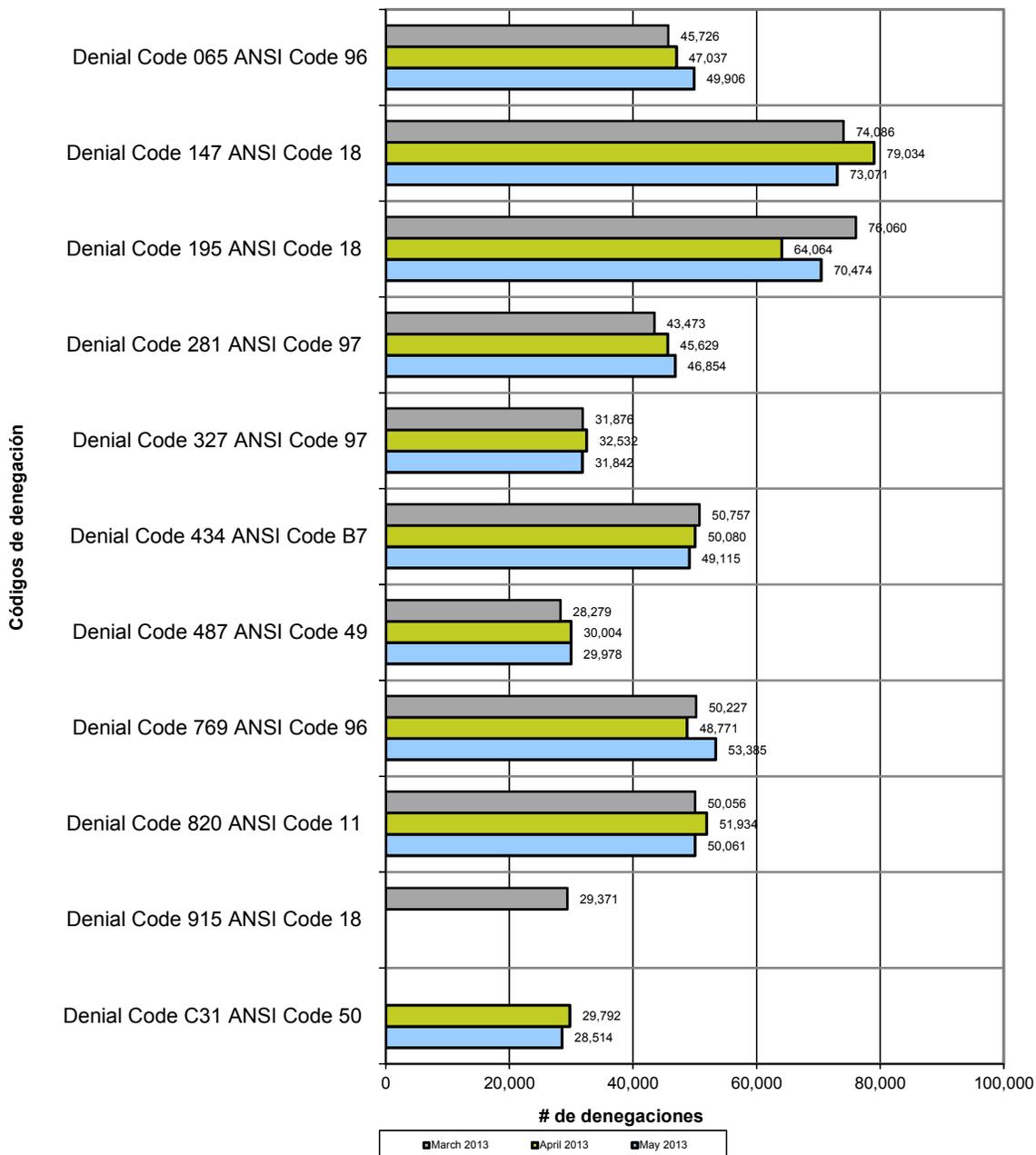
Gráficos

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en marzo - mayo 2013

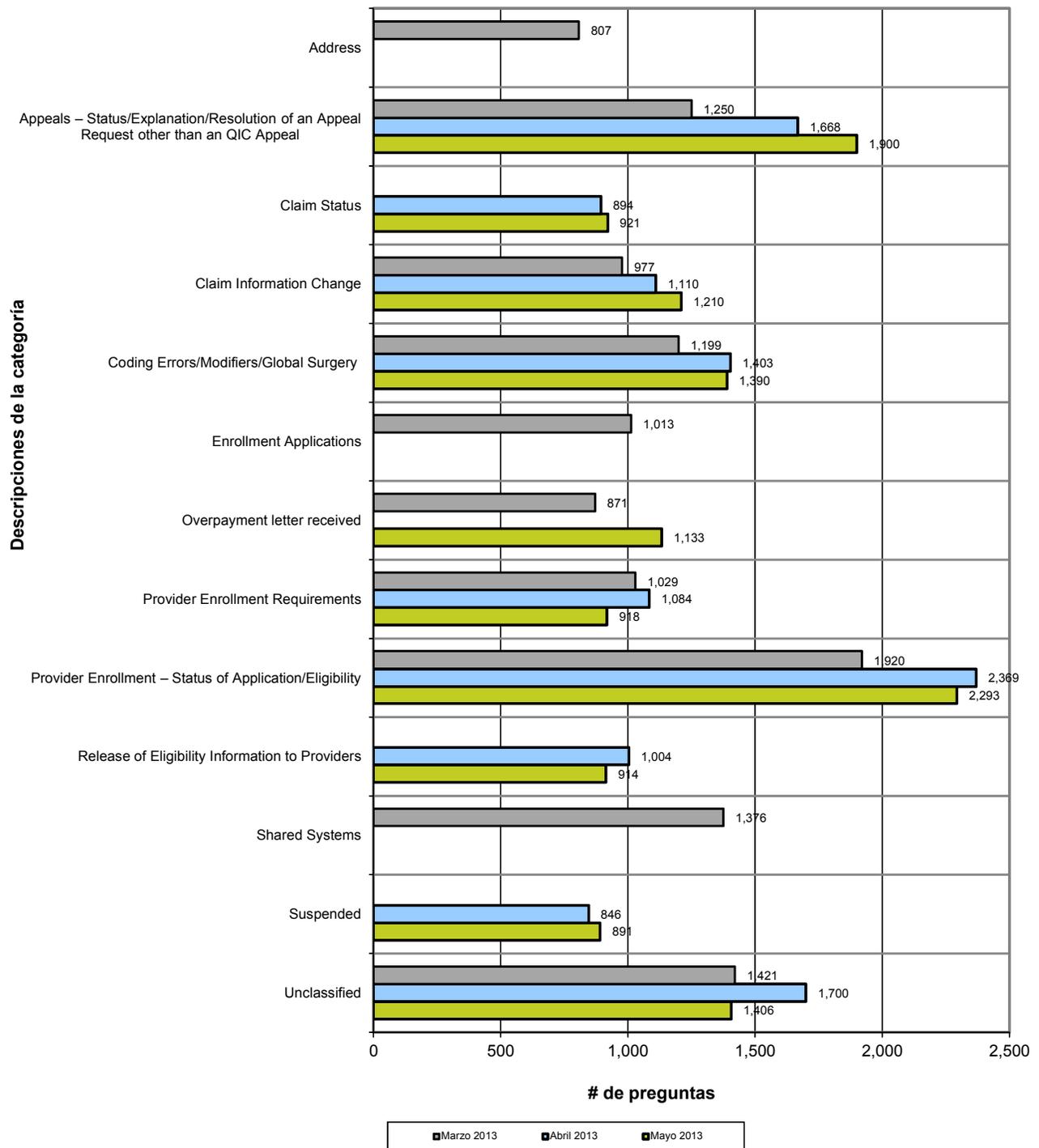
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

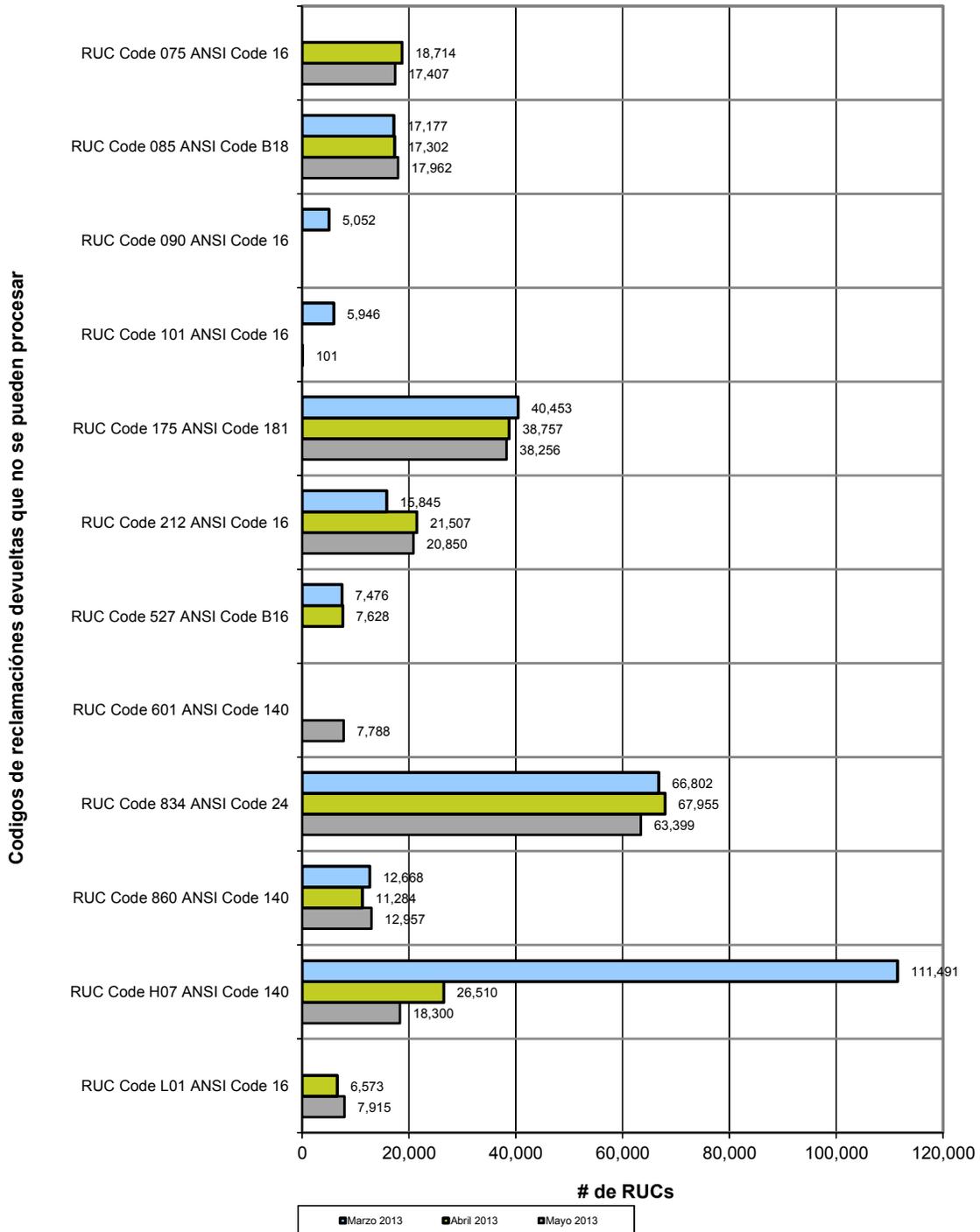
Denegaciones de Parte B más frecuentes en marzo-mayo de 2013



Preguntas de Parte B más frecuentes en marzo-mayo de 2013



RUC de Parte B más frecuentes en marzo-mayo de 2013



Determinaciones locales de cobertura

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

Bisphosphonates intravenous (IV) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and other indications.....	43
Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox)	43
Duplex scanning.....	44
Gemcitabine (Gemzar®)	44
Vinorelbine tartrate (Navelbine®)	44
Noncovered services.....	45

Información Médica Adicional

Criterios mínimos para el reembolso de las pruebas de ultrasonido de diagnóstico.....	45
C9285/J3490: Parche tópico Synera™	47

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

Bisphosphonates intravenous (IV) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD Parte B

Identificador de LCD: L32100 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para bifosfonatos intravenosos (IV) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones fue recientemente revisada el 1 de septiembre de 2012. Desde entonces, basado en la petición de cambio 8286 de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), Transmisión 2695, con fecha del 2 de mayo de 2013 (Quarterly HCPCS Drug/Biological Code Changes), petición de cambio 8291, Transmisión 2708, con fecha del 17 de mayo de 2013 (July 2013 Integrated Outpatient Code Editor [I/OCE] Specifications), y la petición de cambio 8328, Transmisión 2717, con fecha del 31 de mayo de 2013 (July 2013 Update of the Hospital OPSS), los indicadores de estatus para los códigos HCPCS J3487 y J3488 fueron cambiados a una “I” (no válido para propósitos de Medicare). Los códigos HCPCS J3487 y J3488 fueron sustituidos con el nuevo código HCPCS Q2051. Por lo tanto, las secciones “CPT®/HCPCS Codes” y “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fueron actualizadas para remover los códigos HCPCS J3487 y J3488 y añadir el código HCPCS Q2051.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox) – revisión a la Parte B de la LCD

Identificador de LCD: L29157 (Florida)

Identificador de LCD: L29419 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox) fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, basada en la petición de cambio 8286 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Transmittal 2695, con fecha del 2 de mayo de 2013 (cambios trimestrales a los códigos HCPCS de medicamentos/biológicos), petición de cambio 8291, Transmittal 2708, con fecha del 17 de mayo de 2013 (actualización de julio de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud [MPFSDB] del CY 2013), y la petición de cambio 8328, Transmittal 2717, con fecha del 31 de mayo 2013 (actualización de julio de 2013 del sistema de pago [ASC] ambulatorio), las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “CPT/HCPCS Codes” fueron revisadas para remover el código HCPCS J9002 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, doxil, 10 mg) y reemplazarlo con el código HCPCS Q2050 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, not otherwise specified, 10 mg).

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centro de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Duplex scanning – revisión a la Parte B de la LCD

Identificador de LCD: L29159 (Florida)

Identificador de LCD: L29420 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para duplex scanning fue revisada recientemente el 21 de febrero de 2013. Desde entonces, fue realizada una revisión bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” para agregar los códigos de diagnóstico 608.89 (Other specified disorders of male genital organs, other) y 608.9 (Unspecified disorder of male genital organs) para los códigos CPT® 93975 y 93976.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 12 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Gemcitabine (Gemzar®) – revisión a la LCD Parte B

Identificador de LCD: L29182 (Florida)

Identificador de LCD: L29432 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue recientemente revisada el 15 de noviembre de 2011. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de la etiqueta de mesotelioma pleural maligno. En adición, se hizo una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir el rango de código de diagnóstico 163.0-163.9 (mesotelioma pleural maligno).

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 18 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Vinorelbine tartrate (Navelbine®) – revisión a la LCD Parte B

Identificador de LCD: L29306 (Florida)

Identificador de LCD: L29486 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para vinorelbine tartrate (Navelbine®) era efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de etiqueta de mesotelioma pleural maligno. Además, se hizo una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir el rango de códigos de diagnóstico 163.0-163.9 (mesotelioma pleural maligno).

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 18 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Noncovered services – revisión a la LCD Parte B

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para noncovered services fue recientemente revisada el 4 de junio de 2013. Desde entonces, fluarix quadrivalent fue aprobado por la Food and Drug Administration efectivo para servicios prestados a partir del 14 de diciembre de 2012, por lo tanto, el código CPT® 90686 fue removido de la sección de la LCD “Local Noncoverage Decisions-Drugs and Biologicals”. Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 1 de julio de 2013**, para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**.

Con base en la petición de cambio, Transmittal 2718, con fecha del 7 de junio de 2013 (actualización de julio de 2013 de OPPS de hospital), el descriptor fue revisado para el código HCPCS C9734. Por lo tanto, por consistencia, el descriptor para el código HCPCS C9734 también fue cambiado en la LCD de Parte B. Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2013**.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centro de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información Médica Adicional

Crterios mínimos para el reembolso de las pruebas de ultrasonido de diagnóstico

First Coast Service Options Inc., (First Coast) reconoce que la miniaturización de los dispositivos electrónicos y los avances en la tecnología llevarán a la disponibilidad progresiva de ciertas imágenes en tiempo real para los médicos. Tales imágenes pueden o no estar asociadas con un mejor desempeño de la prueba y el valor añadido de las intervenciones diagnósticas/terapéuticas. Estos dispositivos cambiantes pueden variar en un rango de complejidad y capacidad de las unidades de tamaño ultra pequeño completamente contenidas dentro de la mano del examinador a sistemas de equipos complejos donde la sonda, por sí misma, es un dispositivo portátil.

La tarea apropiada de un código(s) determinado de ultrasonido del *Current Procedural Terminology (CPT®)* no está determinada por el peso, el tamaño o la portabilidad del equipo, sino más bien por la medida, la calidad y documentación del procedimiento. Aunque Medicare no respalda ningún equipo o dispositivo en particular, las organizaciones profesionales están disponibles para hacer frente a la funcionalidad de las máquinas de particulares y acreditar a los laboratorios que realizan estudios de ultrasonido. CPT® tiene directrices que abordan la codificación de radiología y los descriptores para los procedimientos, por favor consulte el libro CPT® 2013, sección de radiología, subsección, página(s) de diagnóstico de ultrasonido 394-395. De acuerdo con los estándares CPT®, los médicos y personal aliado están obligados a codificar la especificidad y sólo deben presentar los códigos que son claramente reportables por separado.

Para que una prueba de ultrasonido de diagnóstico sea reembolsable por Medicare, deberá cumplir como mínimo con los siguientes criterios (*esta no es una lista exhaustiva*):

- Debe ser médicamente razonable y necesario para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones
- Se espera que estos servicios se pueden realizar como se indica por la literatura médica actual y/o las normas actuales de la práctica
- Debe ser facturado utilizando el código CPT® que describe con precisión el servicio prestado incluyendo la intención del código basado en la American Medical Association (AMA)/Specialty Society Relative Value Scale Update Committee (RUC) que estableció el tiempo promedio entre servicios y gastos de la práctica
- La calidad técnica de la prueba debe seguir las normas nacionales aceptadas y no requiere un examen de ultrasonido de seguimiento para confirmar los resultados
- El estudio debe realizarse para una indicación clínica aceptada por un inspector debidamente capacitado y debe ser interpretado por personas calificadas dentro de su ámbito de acción (*cursos de fin de semana pueden no demostrar su experiencia*)

(Continúa en la página siguiente)

Criterios... (Continuación)

- La necesidad médica, las imágenes, los resultados, la interpretación y el informe deben ser documentados en el registro médico
- Un examen que no cumple con los estándares requeridos para un examen completo de ultrasonido de diagnóstico no se reconocerá como un servicio de ecografía diagnóstica válida y estará sin cobertura

Los estudios que no cumplan con estos criterios mínimos, independientemente de los equipos utilizados, no deben ser facturados bajo los códigos de diagnóstico de ultrasonido u otros códigos CPT®. Por ejemplo:

- Una sala de “revisión rápida” de ultrasonido de emergencia para detectar la presencia de fluido en el pecho, etc., puede ser útil como una extensión del examen físico. Sin embargo, no cumple con las normas anteriores y no debe ser codificado como un código CPT® 76604 (*Ultrasound, chest, B-scan (includes mediastinum) and/or real time with image documentation*).

Procedimientos de intervención del manejo de dolor trata una serie de intervenciones, algunas de ellas basadas en rayos X incluidas en el procedimiento o codificadas por separado cuando sea indicado. Hay ciertos escenarios en los que First Coast puede o no puede cubrir imágenes de ultrasonido para el código CPT® 76942 (*Ultrasound guidance for needle placement (por ejemplo, biopsia, aspiración, inyección, dispositivo de localización, la supervisión y la interpretación de imágenes)*) en las siguientes instancias clínicas (esta no es una lista exhaustiva). Por ejemplo:

- Un cirujano ortopédico, reumatólogo u otro médico/NPP realiza una artrocentesis de rutina de la rodilla para el diagnóstico y/o tratamiento (visco suplementación, inyección de corticosteroides) no cumple con los lineamientos de este código de procedimiento. También, LCD 29307 – Viscosupplementation Therapy for Knee, específicamente no cubre imágenes de ultrasonido para la viscosuplementación.
- Muchos episodios de atención no cumplirán con la intención del código o cumplirán con el umbral razonable y necesario para la cobertura (como un podólogo u otro proveedor que realice el tratamiento del neuroma de Morton, el médico/NPP que realiza inyecciones en los puntos desencadenantes, inyecciones nerviosas, el médico/NPP que realiza el tratamiento de venas varices sintomáticas, etc.)
- La guía de ultrasonido para la colocación de la aguja se puede pagar cuando circunstancias clínicas así lo justifica, tal como un procedimiento en el que es necesario evaluar la anatomía/órgano, un procedimiento en conjunto donde el riesgo de osteomielitis es significativo y la necesidad médica del servicio está claramente documentada en la historia clínica (el paciente único tiene indicaciones de que es médicamente razonable y necesario y las imágenes, los resultados, la interpretación y el informe se documentan por separado en el expediente médico).

Se espera que los médicos utilicen la guía del ultrasonido para los procedimientos basados en la aguja estándar en la oficina, ya sea o no que se codifique por separado, o que se facture el código no listado (76999- *unlisted ultrasound procedure (por ejemplo, diagnóstico, intervencional)*) con una tarifa apropiada.

- El código CPT® 76942 fue ponderado por el (RUC) para abordar el trabajo del médico, el gasto de la práctica y la responsabilidad médica. El tiempo entre servicios del código CPT® 76942 es 30 minutos.
- Es de destacar que la **artrocentesis de una articulación mayor tiene una capacidad de tiempo de cinco minutos dentro del servicio.**
- No todas las mejoras marginales en los aspectos técnicos de la adición de un procedimiento de valor completo (son razonables y necesarias y/o son la norma establecida de la atención) ni tales mejoras son completamente abordadas en CPT® y el manual asociado de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud.

Los códigos CPT® 76881 (*Ultrasound, extremity, nonvascular, real-time with image documentation; complete*) y 76882 (*Ultrasound, extremity, nonvascular, real-time with image documentation; limited, anatomic specific*) describen un procedimiento de imágenes por ultrasonido para la evaluación de los músculos, tendones, articulaciones y/o estructuras de los tejidos blandos, generalmente después de una radiografía estándar, no determinan el diagnóstico y no se indican otras imágenes (MRI, etc.). No se espera el uso de estos códigos de procedimiento con aspiración y/o procedimientos de inyección a menos de que una evaluación separada de diagnóstico musculoesquelético sea indicada y documentada como razonable y necesaria.

- Es de destacar que los códigos CPT® 76881 y 76882 generalmente son pagados si se codifican y facturan correctamente por médicos calificados y son cumplidos todos los otros requisitos de cobertura del programa de Medicare (la historia médica que soporte la necesidad médica de los servicios). Estos dos códigos tienen 15 minutos de tiempo de servicio y 11 minutos entre tiempo de servicio, respectivamente, a menos de que se indique y se documente como una evaluación de diagnóstico musculoesquelético separada razonable y necesaria.

(Continúa en la página siguiente)

Criterios... *(Continuación)*

Según el Code of Federal Regulations (CFR) sección 410.32, todas las pruebas diagnósticas deben ser ordenadas por el médico/profesional de la salud que está tratando al paciente, es decir, el médico/profesional de la salud que provea una consulta o trate a un paciente por un problema médico específico y que utiliza los resultados de la gestión del problema médico específico del paciente. Las pruebas no ordenadas por el médico/profesional de la salud que está tratando al paciente no son razonables y necesarias.

El proveedor es responsable de garantizar la necesidad médica del procedimiento(s) de radiología de diagnóstico y el mantenimiento de la historia clínica, que debe estar a disposición de Medicare First Coast bajo solicitud. Los procedimientos radiológicos de diagnóstico, incluyendo ultrasonido, son médicamente razonables y necesarios sólo si el resultado potencialmente puede afectar el diagnóstico o el curso clínico del paciente. También se espera que los servicios de ultrasonido sean realizados como se indica por la literatura médica actual y/o las normas de la práctica. Cuando los servicios se realizan por encima de los parámetros establecidos, pueden estar sujetos a revisión de la necesidad médica.

C9285/J3490: Parche tópico Synera™

El parche tópico Synera™ (lidocaine 70 mg/tetracaine 70 mg) (códigos HCPCS C9285/J3490) está indicado para utilizar en piel sana para proveer analgesia dérmica local para el acceso venoso superficial y procedimientos dermatológicos superficiales tales como una incisión, electrodesecación y biopsia de raspado de lesiones en la piel. Basado en revisión de literatura y revisión de la carta de aprobación/información farmacológica clínica de la Food and Drug Administration (FDA) ha sido determinado que el parche tópico Synera™ no es pagable separadamente y, por lo tanto, no es considerado médicamente razonable y necesario.

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 []				
<i>Escriba de manera legible</i>			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 educacionales
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

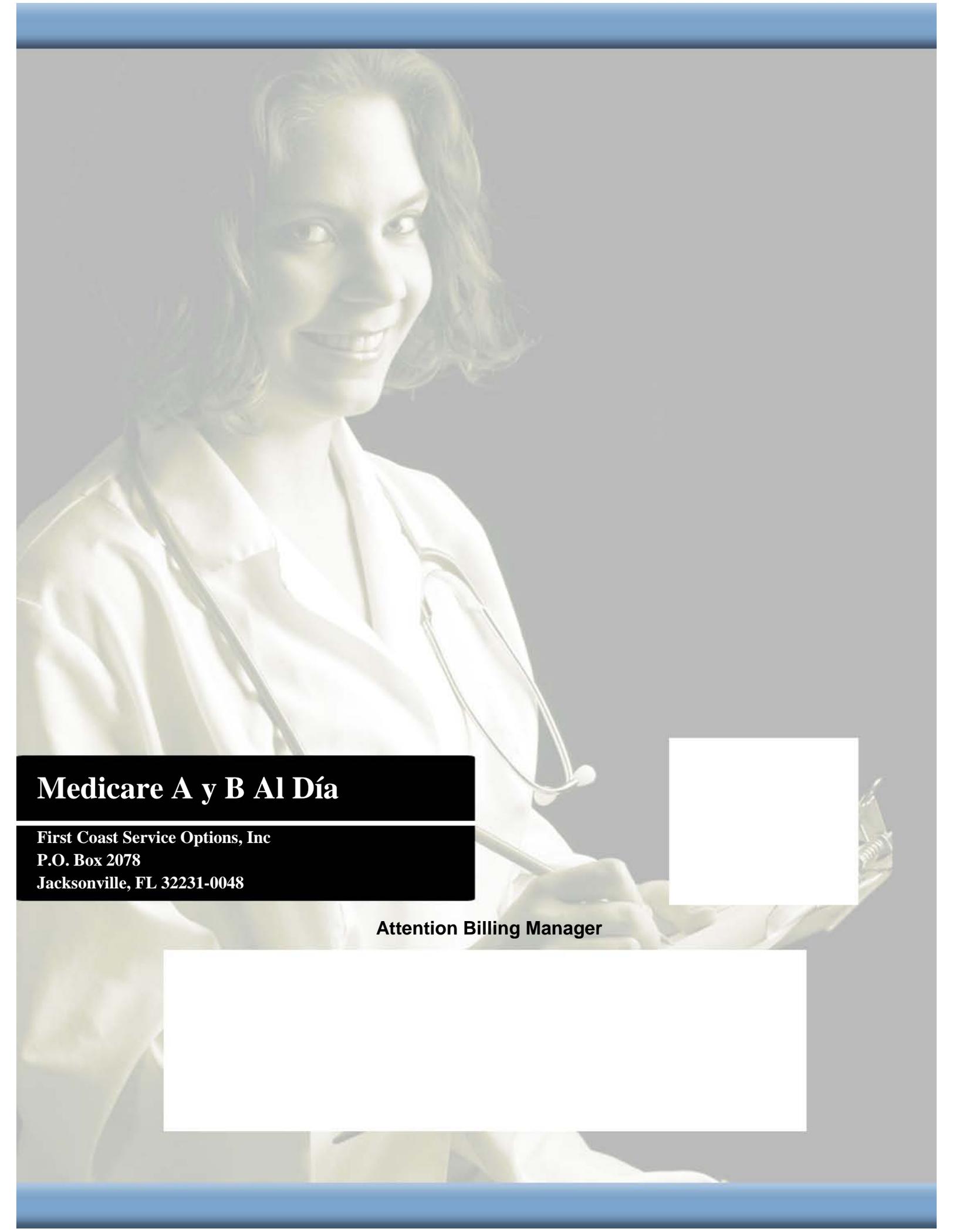
Opción 6 - línea de respuesta automática

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