

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Junio 2015



En esta edición

CMS implementa la reciente actualización	5
Se acercan las pruebas de ICD-10	8
Actualización de julio de la base de datos	11
Servicios de instalaciones psiquiátricas	16
CMS publica datos del ingreso de seguridad	19
Posibles violaciones de asignación	25

Las prácticas de los médicos de familia se están preparando para ICD-10 con el uso de las herramientas Web de First Coast

Salvo retrasos de última hora, los proveedores médicos en los Estados Unidos comenzarán a usar códigos de ICD-10 para todas las reclamaciones el 1 de octubre de 2015. Para algunos directores de oficina y de la práctica, la experiencia de la preparación para este gran cambio podría codificarse como F43.02, "reacción a estrés severo."

Pero para Najwa Liscombe y su equipo de codificadores médicos del Departamento de Salud Comunitaria y Medicina Familiar en la Facultad de Medicina de la Universidad de la Florida, no se necesita ningún código. Ellos están listos.

"Nuestra gente de IT nos tienen bien preparados para ICD-10. Ya hemos cargado los códigos ICD-10 y tenemos cruzadas las referencias de los códigos ICD-9 para que

podamos entrenar a nuestros residentes sobre lo que van

" La hoja de trabajo E/M es una excelente herramienta de auditoría para todos los proveedores que la utilizan en su codificación. Si tuviera que contratar personal adicional, la hoja de trabajo E/M sería una parte importante de su orientación. "

*—Najwa Liscombe,
Departamento de Salud Comunitaria y Medicina de Familia
Universidad de Florida, Facultad de Medicina*



a ver en el momento que suceda el cambio a ICD-10", dijo Liscombe.

Liscombe es un analista de codificación y reembolso. El departamento educa a los estudiantes médicos sobre medicina familiar.

Ver **LAS PRÁCTICAS**, en la página 4



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cobertura

Requisitos de volumen del programa hospitalario de reemplazo de la válvula.....	3
CMS entrega a los MAC la discreción para las determinaciones.....	3

EDI

CMS implementa la reciente actualización CORE de la lista de códigos.....	5
CMS publica la actualización de los códigos de categoría de estatus.....	5
Requisito de descripción de código de procedimiento no específico.....	6

Facturación

Actualización trimestral de los códigos HCPCS utilizados para la aplicación.....	6
--	---

CMS emite un recordatorio.....	7
--------------------------------	---

ICD-10

CMS realiza la segunda semana exitosa de pruebas integrales.....	7
--	---

Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare.....	8
--	---

Información y recursos para la presentación de códigos correctos.....	9
---	---

CMS actualiza sus FAQ sobre las pruebas integrales del procesamiento.....	9
---	---

Revisiones de conversión y codificación de ICD-10 con las actualizaciones.....	10
--	----

Información general

Programas de certificado de facturación de Medicare.....	10
--	----

Tarifas fijas

Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas.....	11
---	----

Actualización de julio de la base de datos del manual de tarifas fijas.....	11
---	----

Archivos de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare.....	12
--	----

CMS publica la actualización de julio de 2015 de la tarifa fija de DMEPOS.....	13
--	----

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	14
MLN Connects® Provider e-News.....	15

Parte A

Facturación

Servicios de instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados (IPF).....	16
---	----

CMS emite correcciones al programa pricer de salud en el hogar de 2015.....	17
---	----

Hospital

CMS anuncia la extensión del programa de hospital dependiente.....	18
--	----

ICD-10

Uso de la nueva tecnología de códigos de la sección X de ICD-10-PCS.....	18
--	----

PARD

CMS publica datos del ingreso de seguridad suplementario.....	19
---	----

Sistema de pago prospectivo

Actualización de julio de 2015 del sistema de pago prospectivo.....	20
---	----

CMS actualiza el editor de códigos ambulatorios integrados de julio de 2015.....	20
--	----

Tarifas fijas

Ajuste masivo de reclamaciones PPS.....	21
---	----

Determinaciones locales de cobertura de

Parte A.....	22
--------------	----

Revisión a las LCD existentes

Bone mineral density studies.....	23
-----------------------------------	----

Carboplatin.....	23
------------------	----

Viscosupplementation therapy.....	23
-----------------------------------	----

Contactos de Parte A.....	24
---------------------------	----

Parte B

ASC

Actualización de julio del sistema de pago ASC.....	25
---	----

Facturación

Posibles violaciones de asignación de los laboratorios clínicos.....	25
--	----

CMS emite actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa.....	26
---	----

Laboratorio

CMS añade siete pruebas nuevas.....	27
-------------------------------------	----

Determinaciones locales de cobertura de

Parte B.....	28
--------------	----

Revisión a las LCD existentes

Bone mineral density studies.....	29
-----------------------------------	----

Carboplatin.....	29
------------------	----

Viscosupplementation therapy.....	30
-----------------------------------	----

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	31
--	----

Contactos de Parte B de Florida.....	32
--------------------------------------	----

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	33
---	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 7, No. 6
Junio de 2015

Publications
staff

Kathleen Cruz
Sofía Lennie
Terri Drury
Martin Smith
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© 2013 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© 2015 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.

Cobertura

Requisitos de volumen del programa hospitalario de reemplazo de la válvula aórtica transcatóter

Número de *MLN Matters*[®]: SE1515
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron la información sobre los requisitos de volumen para los hospitales que realizan TAVR, también conocido como reemplazo de la válvula aórtica transcatóter (TAVR), para el tratamiento de la estenosis aórtica.

CMS estable criterios de cobertura de Medicare para los hospitales individuales que quieran realizar TAVR. Antes de que un procedimiento TAVR sea elegible para la

cobertura de Medicare, los hospitales individuales deben cumplir con los requisitos de volumen especificados en la *determinación nacional de cobertura TAVR (NCD)* (en inglés).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1515.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1515

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 enlaces que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. 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 entrega a los MAC la discreción para las determinaciones de cobertura de la prueba de diagnóstico Microvolt T-wave Alternans

Número de *MLN Matters*[®]: MM9162
Número de petición de cambio relacionado: 9162
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 13 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R182NCD y R3265CP
Fecha de implementación: 23 de junio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente declinaron la emisión de una determinación de cobertura nacional para los servicios de pruebas de diagnóstico de Microvolt T-wave Alternans (MTWA), entregándole a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) la discreción de desarrollar las determinaciones de cobertura dentro de cada jurisdicción.

CMS actualmente cubre MTWA de forma nacional sólo cuando se ha realizado mediante el método de análisis espectral (SA) para la evaluación de pacientes con riesgo de muerte súbita cardíaca (SCD) de arritmias ventriculares y los pacientes que pueden ser candidatos para la cobertura de Medicare de la colocación de un desfibrilador cardíaco implantable (ICD). A CMS se le pidió que reconsiderara la NCD en las pruebas de diagnóstico MTWA para extender la cobertura al método de análisis de promedio móvil modificado (MMA).

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio

en y después del 13 de enero de 2015, los MAC, a su discreción, determinarán la cobertura de las pruebas de diagnóstico para MTWA para SCD utilizando métodos de análisis distintos a SA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9162.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9162, 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/R182NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3265CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 182, CR 9162 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3265, CR 9162

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

LAS PRÁCTICAS

De la página 1

Para quienes pronto serán médicos, Liscombe juega un papel importante en cuanto a su preparación para la próxima etapa en codificación médica. Lo que ella enseña podría ser la diferencia en si los médicos reciben el pago por la prestación de atención médica. Y, según Liscombe, [las herramientas Web de First Coast Service Options](#) desempeñan un papel fundamental en la formación de médicos para el futuro.

“Quiero que cada residente conozca cómo documentar de manera adecuada y codificar la documentación. Pero lo más importante; quiero que entiendan la necesidad médica”, dijo Liscombe. “La hoja de trabajo E/M es una excelente herramienta de auditoría para todos los proveedores que la utilizan en su codificación. Si tuviera que contratar personal adicional, la hoja de trabajo E/M sería una parte importante de su orientación.”

Liscombe añadió: “Yo trabajo con los residentes para revisar sus historias médicas. En conjunto revisamos la historia médica, les pregunto qué muestra su documentación; ¿codificaron adecuadamente sobre la base de la documentación? Y luego, revisamos si falta algo.”

Ella tiene a su disposición una serie de herramientas que provienen de su departamento, tales como el mapa de referencia de ICD-10, para ayudar a entrenar a los residentes de UF. “A medida que hacemos la transición a ICD-10, yo le voy mostrando al residente cómo es el funcionamiento de la codificación en ICD-9 y así es como se verá en ICD-10”, dijo Liscombe. “Nuestros residentes codifican por sí mismos. Después de completar una historia médica, la repaso con ellos utilizando una herramienta de revisión de las historias médicas y la hoja de trabajo de evaluación y manejo (de First Coast). Utilizo esta herramienta para ver cuál es el nivel de evaluación que fue elegido por el proveedor y compararlo con los resultados en la hoja de trabajo E/M. Es muy eficaz.”

Liscombe utiliza una amplia gama de herramientas, además de las proporcionadas por First Coast Service Options y el equipo de tecnología de UF.

“Yo realizo el seguimiento de los patrones de codificación y los estándares de Medicare para su tipo de práctica. Vamos a trabajar con la distribución gaussiana en E/M para la atención primaria en la revisión de sus historias médicas”, dijo. “Si están constantemente fuera del 10 por ciento o más, entonces vamos traer al residente para más educación en la codificación.”

En este punto en el proceso de formación de los residentes, Liscombe también dirige su atención a las herramientas [de búsqueda de determinación de cobertura local \(LCD\)](#) y [tarifas fijas de First Coast](#). Ella revisa una LCD con el residente para mostrar los requisitos de documentación y posibles códigos de diagnóstico asociados con un procedimiento o tratamiento. Liscombe dice que la herramienta de búsqueda de tarifas fijas ayuda a identificar cuáles son los costos para la práctica cuando hay una diferencia entre lo que está documentado y lo que está codificado en la historia médica.

“La revisión es crítica. Al hacer uso de herramientas tales como la búsqueda de tarifas fijas, podemos ver los costos potenciales para nuestras instalaciones, y para Medicare, si hay codificación excesiva o incompleta”, dice Liscombe.

Al explicar su papel en la educación de los residentes, Liscombe es tan exhaustiva como cualquier paciente quisiera que su médico fuera en la prestación de la atención médica.

“Me suscribo a todos los ‘listserves’ de CMS y First Coast. Mantengo bajo control todos los cambios en Medicare”, dijo Liscombe y agregó que la información es fundamental para que ella haga bien su trabajo.

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



Su opinión cuenta

Su opinión es importante para nosotros. Si usted todavía no ha completado la encuesta del indicador de satisfacción (MSI) por favor tome un momento para completarla ahora. Comparta su experiencia con los servicios que ofrecemos. Le tomará cerca de 10 minutos. Usted puede acceder a la encuesta [haciendo clic aquí](#).

EDI

CMS implementa la reciente actualización CORE de la lista de códigos CARC y RARC



Número de *MLN Matters*®: MM9138
Número de petición de cambio relacionado: 9138
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3270CP
Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare para actualizar sus sistemas en base al conjunto de reglas (835) para el uso uniforme 360 de CARC y RARC del Council for Affordable Quality Healthcare (CAQH).

El CAQH recientemente publicó su más reciente conjunto de reglas (835) para el uso uniforme 360 de CARC y

RARC. Esta actualización se basa en las actualizaciones del 1 de marzo de 2015 del código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y el código de comentarios de remesa de pago (RARC) publicadas en el [sitio Web de Washington Publishing Company](#).

Estos cambios constituyen actualizaciones programadas regularmente en combinaciones de códigos definidas CAQH CORE como parte de la regla de uso uniforme 835.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9138.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9138, 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/R3270CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3270, CR 9138

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 los códigos de categoría de estatus de reclamación y los códigos de estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*®: MM9141
Número de petición de cambio relacionado: 9141
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3272CP
Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Después de la reunión de junio del comité de mantenimiento de código nacional, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría de estatus de reclamación y los códigos de estatus de reclamación de Medicare. Los conjuntos de códigos se encuentran disponibles en:

- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/> (en inglés) y
- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/> (en inglés)

Los cambios de códigos hechos en la reunión de

junio son para ser utilizados en la edición de todas las transacciones de reclamaciones electrónicas procesadas a partir del 1 de octubre de 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9141.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9141, 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/R3272CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3272, CR 9141

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 enlaces a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece brinda un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos evaluar los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

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



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

Las versiones 5010 de las pautas de implementación de reclamación profesional e institucional establecen

que cuando las reclamaciones incluyen códigos de procedimiento no específicos, requieren ahora una descripción correspondiente del servicio para cada código. El artículo fue revisado el 8 de junio para remover una referencia a una dirección de Web para el conjunto de código NOC. Dicho conjunto de códigos ya no está disponible en el sitio Web de CMS.

Resumen

El 17 de noviembre de 2011, Office of E-Health Standards and Services (OEES) anunció que aunque la fecha cumplimiento de 5010/D.0 del 1 de enero

de 2012, no cambiará, el cumplimiento con los nuevos estándares será diferido hasta el 31 de marzo de 2012.

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1138.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1138

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general, no de 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.

Facturación

Actualización trimestral de los códigos HCPCS utilizados para la aplicación de facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*[®]: MM9192
 Número de petición de cambio relacionado: 9192
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de mayo de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3269CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron la lista de códigos de terapia de facturación consolidada para salud el hogar, añadiendo los códigos 97607 y 97608 del Healthcare Common Procedure Coding System, para las terapias de presión negativa de la herida.

Estos códigos reemplazan los códigos de terapias de presión negativa de la herida G0456 y G0457, que fueron eliminados de la lista de códigos de terapia de facturación consolidada para salud el hogar (HH). Además, el código A7048 reemplaza el código A7043 en la lista de códigos de facturación consolidada HH para suministro no rutinario, efectivo para los servicios

a partir del 1 de octubre de 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9192.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9192, 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/R3269CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3269, CR 9192

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

CMS emite un recordatorio sobre las reclamaciones de Medicare como pagador secundario que involucran a los servicios de asuntos de veteranos

Número de *MLN Matters*®: SE1517
Número de petición de cambio relacionado: 8198
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de mayo de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R1213OTN
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron información y recordatorios de codificación para facturar a Medicare cuando el departamento de asuntos de veteranos (VA) está involucrado para una porción de los servicios provistos a un beneficiario de Medicare.

CMS ha instruido a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) para que ya no acepten la información de VA ingresada en las reclamaciones como base para asumir que Medicare debe pagar secundario. El contratista de coordinación de beneficios (COBC) deshabilitó la creación de los registros de Medicare como pagador secundario (MSP) de VA cuando una acción para crear tales registros fue solicitada a través del sistema de remisión de correspondencia electrónica.

Sin embargo, los servicios que no son aprobados por VA que son provistos a un beneficiario de Medicare pueden ser cubiertos por y facturados al programa de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1517.pdf>.

La instrucción oficial para la SE 1517, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R1213OTN.pdf>

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1517
Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1213, CR 8198

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 enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar solamente un resumen general no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos evaluar estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

ICD 10

CMS realiza la segunda semana exitosa de pruebas integrales de ICD-10 de FFS Medicare en abril

Desde el 27 de abril hasta el 1 de mayo de 2015, los proveedores del cuidado de la salud, las casas de facturación y las agencias de facturación del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare (FFS) participaron en una segunda semana exitosa de pruebas integrales de ICD-10 con todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y el contratista de intercambio electrónico común de datos (CEDI) de equipo médico duradero (DME) MAC. CMS pudo acomodar la mayoría de los voluntarios, que representan una amplia muestra representativa de tipos de proveedores, reclamaciones y remitentes.

Esta segunda semana de pruebas integrales demostró que los sistemas de CMS están listos para aceptar reclamaciones de ICD-10. Aproximadamente 875 proveedores y compañías de facturación participaron y los examinadores presentaron más de 23,000 reclamaciones de prueba. [Vea los resultados](#) (en inglés).

En general, los participantes en la semana de pruebas integrales de abril pudieron presentar exitosamente reclamaciones de prueba de ICD-10 y procesarlas a través de los sistemas de facturación de Medicare. La tasa de aceptación para abril fue mayor que la de [enero](#)



(en inglés), con un aumento en las reclamaciones de pruebas presentadas y una disminución en el porcentaje de errores relacionado a los códigos de diagnóstico. La mayoría de los rechazos de reclamaciones que ocurrieron fueron debido a errores no relacionados a ICD-9 o ICD-10.

En adición a las pruebas de reconocimiento, las cuales pueden ser completadas en cualquier momento, una semana final de pruebas integrales será llevada a cabo del 20 al 24 de julio de 2015. La oportunidad de ser voluntario para esta semana de pruebas ha culminado. Los examinadores que participaron en las semanas de pruebas integrales de enero y abril son elegibles automáticamente para volver a realizar pruebas

Ver CMS, en la próxima página

CMS

De la página anterior

nuevamente en julio.

Prepárese ahora para la implementación de ICD-10

Las reclamaciones de Medicare con una fecha de servicio a partir del 1 de octubre de 2015, serán rechazadas si no contienen un código válido de ICD-10. Los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare no tienen la capacidad para aceptar los códigos de ICD-9 para las fechas de servicio después del 30 de septiembre de 2015; o de aceptar las reclamaciones que contienen ambos, los códigos de ICD-9 y de ICD-10.

¡Todavía hay tiempo para prepararse!

Aunque la fecha de implementación obligatoria del 1 de octubre de 2015 se acerca rápidamente, los proveedores todavía tienen tiempo para prepararse para ICD-10, y CMS ha creado una cantidad de

herramientas y recursos para ayudarle a tener éxito. Una de las herramientas es el “*Road to 10*” (en inglés), dirigido específicamente a prácticas pequeñas con manuales básicos para la documentación clínica, escenarios clínicos y otros recursos específicos de especialidad para ayudarle con la implementación.

Para más información:

- [Artículo de MLN Matters® #MM8867](#), “ICD-10 Limited End-to-End Testing with Submitters for 2015”
- [Artículo de edición especial de MLN Matters® #SE1435](#), “FAQs – ICD-10 End-to-End Testing”
- [Artículo de edición especial de MLN Matters® #SE1409](#), “Medicare FFS ICD-10 Testing Approach”

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

Requerimientos de firma de Medicare

El requerimiento de Medicare para autenticar el archivo médico es asegurar que los servicios prestados han sido completamente documentados y autenticados por el autor del ingreso en el archivo médico. *Haga clic aquí* para más información sobre los requerimientos de firma de Medicare y cómo adherirse a estos puede prevenir que sus reclamaciones sean afectadas.



Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1409 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Este artículo describe el amplio enfoque de cuatro componentes para preparar a la comunidad del proveedor para la implementación de ICD-10. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) lo revisaron el 29 de mayo de 2015, para mostrar que la actualización de abril del editor de códigos ambulatorios integrados (IOCE) está disponible y que contiene códigos de ICD-9 y ICD-10.

Resumen

Debido a los impactos de la transición de ICD-10 en toda la comunidad del cuidado de la salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han desarrollado un amplio enfoque de cuatro componentes para la preparación y las pruebas para asegurarse de que la comunidad del proveedor esté preparada.

El enfoque de cuatro componentes incluye:

- Pruebas internas de CMS de su sistema de procesamiento de reclamación
- Herramientas de pruebas Beta iniciadas por el proveedor
- Pruebas de reconocimiento y
- Pruebas integrales

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1409.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1409

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 y recursos para la presentación de códigos correctos de ICD-10 a Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1518
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron el artículo de edición especial de *MLN Matters*® 1518 el cual contiene información y recursos para la presentación de códigos correctos de International Classification of Diseases, Tenth Edition, Clinical Modification/Procedure Coding System (ICD-10-CM/PCS) a Medicare.

A partir del 1 de octubre de 2015, CMS solamente

procesará las reclamaciones de Medicare con códigos de procedimiento y diagnóstico de ICD-10.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1518.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1518

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 actualiza sus FAQ sobre las pruebas integrales del procesamiento de reclamaciones de ICD-10

Número de *MLN Matters*®: SE1435 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Se anima a los participantes del programa de pruebas integrales de la clasificación internacional de enfermedades, 10a edición, (ICD-10) de Medicare a revisar las preguntas frecuentes y respuestas (FAQ) para entender mejor las pautas y requerimientos para pruebas exitosas.

Este artículo fue revisado el 9 de junio para proveer información actualizada para los seleccionados para participar en las pruebas integrales de ICD-10 de Medicare.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) animan a los participantes del programa de pruebas integrales de Medicare de la clasificación internacional de enfermedades, 10a edición, (ICD-10), a que revisen las preguntas y respuestas en el artículo vinculado de edición especial de *MLN Matters*® para

obtener una comprensión de las directrices y los requisitos para unas pruebas exitosas.

Las pruebas integrales procesan las reclamaciones a

través de todos los sistemas de edición de Medicare para producir y devolver una remesa de pago electrónica (ERA) precisa. Aunque las pruebas de reconocimiento están abiertas a todos los remitentes electrónicos, la prueba integral está limitada a una muestra más pequeña de los remitentes que son voluntarios y son seleccionados para las pruebas.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1435.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1435

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 de conversión y codificación de ICD-10 con las actualizaciones de las NCD de ICD-9 – segunda actualización de mantenimiento

Número de *MLN Matters*®: MM9087 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9087
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de marzo de 2015
 Fecha de efectividad: 6 de abril de 2015 – para actualizaciones de ICD-9 designadas y todas las ediciones del sistema local (ICD-9 e ICD-10); 1 de julio de 2015 – para todas las ediciones del sistema compartido ICD-9; 1 de octubre de 2015 – para todas las ediciones del sistema compartido ICD-10 (o cuando ICD-10 esté implementado)
 Número de transmisión de CR relacionado: R1478OTN
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015 – para las actualizaciones designadas de ICD-9 y todas las ediciones del sistema local; 6 de julio de 2015 – para las ediciones de ICD-9 e ICD-10

Este artículo fue revisado el 22 de mayo para reflejar una petición de cambio revisado (CR). Esa revisión cambió C8681 a L8681 en la hoja de cálculo NCD160.18 y ha añadido un requisito para cambiar las solicitudes de proveedores de elegibilidad para la detección de la densidad ósea para respaldar las actualizaciones de NCD150.3 en el archivo común de trabajo (CWF). El número de envío, la fecha de lanzamiento de la CR y enlace a la CR también cambiaron.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado la segunda actualización del mantenimiento de las actualizaciones de las conversiones y codificación específicas de ICD-10 de

las determinaciones nacionales de cobertura (NCD).

En la publicación, CMS creó y actualizó la edición de las NCD, tanto de las ediciones modificables del sistema compartido, así como las ediciones locales de MAC que contienen, ya sea, códigos de diagnóstico y de procedimiento de ICD-9 o códigos de diagnóstico y de procedimiento de ICD-10. Hay 10 hojas de cálculo que se incluyen con el artículo de la petición de cambio que se relacionan a las 13 NCD. Estas hojas de cálculo proporcionan la política pertinente y la información de codificación necesaria para implementar ICD-10.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9087.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9087, 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/R1478OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1478, CR 9087

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

Programas de certificado de facturación de Medicare

Los programas están diseñados para proveer educación sobre el programa de Medicare Parte A y Parte B. Cada uno incluye los cursos de adiestramiento requeridos basados en la Web, lecturas y una lista de recursos útiles. Al completar exitosamente cada uno de los programas usted recibirá un certificado en facturación de Medicare de CMS.

Para participar en el tipo de programa del proveedor de Parte A o Parte B, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNGenInfo/index.html> (en inglés) y seleccione “Web-

Based Training (WBT) Courses.” Desde la lista de cursos, seleccione el programa de certificado de facturación de Medicare para su tipo de proveedor.

Inicie una sesión (usuario existente) o inscribese (nuevo usuario) haciendo clic en los enlaces en la parte superior de la pantalla del curso. En la próxima pantalla escoja “Web-Based Training Courses” y vuelva a seleccionar su curso. Haga clic en el botón “Take Course” y ya está listo para comenzar.

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

Tarifas fijas

Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2015

Número de *MLN Matters*[®]: MM9104 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9104
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de junio de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015, con base en las fechas de servicio a menos que se indique lo contrario en este artículo.
Número de transmisión de CR relacionado: R3283CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

La petición de cambio (CR) 9104 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). El Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015 permitió que la actualización de cero por ciento que hubiera terminado el 31 de marzo de 2015, continúe hasta el 30 de junio de 2015.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9104 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). En la regla final, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron un factor de conversión de \$28.2239 para este período, lo que resulta en una reducción promedio del 21.2 por ciento de las tarifas del 2014. Sin embargo, la aplicación del Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015 permitió que la actualización de cero por ciento que hubiera terminado el 31 de marzo de 2015, continúe hasta el 30 de junio de 2015. Por lo tanto, el factor de conversión de 35.7547 vigente desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de marzo de 2015, fue

Actualización de julio de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2015

Número de *MLN Matters*[®]: MM9152
Número de petición de cambio relacionado: 9152
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015 – efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2015, a menos que se indique lo contrario
Número de transmisión de CR relacionado: R3259CP
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Para cumplir con el Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015, la petición de cambio (CR) 9152 proporciona los archivos de los cambios del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y

extendido hasta el 30 de junio de 2015.

De acuerdo con el Medicare Claims Processing Manual (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, este debe ser considerado como un aviso de 30 días del cambio de las tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2015 programado para el 6 de abril de 2015.

First Coast proporcionará más detalles sobre el alcance de los cambios una vez que los archivos se reciban desde los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Por favor, continúe vigilando la sección de noticias de tarifas del sitio Web <http://medicareespanol.fcso.com/> así como las eNews de First Coast para próximos detalles relacionados con los cambios de tarifas fijas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9104.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9104, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R3283CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3283, CR 9104

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 enlaces que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

profesionales de la salud (MPFS) que son efectivos para las fechas de servicio del 1 de enero de 2015, al 30 de junio de 2015, en la actualización del cero por ciento, y los archivos de los cambios efectivos para las fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2015, para la tasa del 0,5 por ciento.

Además, la CR 9152 agrega nuevos códigos Q5101, Q9976, Q9977, Q9978, 0392T, 0393T, 90620, 90621 y 90697 e incluye los cambios en la base de datos para 34839, 88366 y 93355.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

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 2015 del 6 de julio de 2015.

First Coast proporcionará más detalles sobre el alcance de los cambios una vez que los archivos se reciban de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Por favor, siga supervisando la sección de noticias de tarifas fijas del sitio Web <http://medicareespanol.fcso.com/> al igual que las eNews de First Coast para más actualizaciones relacionadas con los cambios de tarifas fijas.

Información adicional

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

[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9152.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9152.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9152, 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/R3259CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3259, CR 9152

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 enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones 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 centro de herramientas, visite http://medicareespanol.fcso.com/centro_de_herramientas/233400.asp

Archivos de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare del precio promedio de venta trimestral de Julio

Número de *MLN Matters*®: MM9159

Número de petición de cambio relacionado: 9159

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de mayo de 2015

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3258CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ha anunciado el lanzamiento de nuevos archivos de medicamentos del precio promedio de venta (ASP) de abril de 2015 para los medicamentos de la Parte B de Medicare y, posiblemente, los archivos revisados de abril de 2015, enero de 2015, octubre de 2014 y julio de 2014.

Medicare usará estos archivos para determinar el límite de pago de los medicamentos procesados o reprocesados a partir del 6 de julio de 2015, con fechas de servicio del 1 de julio de 2015, hasta el 30 de septiembre de 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9159.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9159, 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/R3258CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3258, CR 9159

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 2015 de la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*[®]: MM9177 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9177
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015 - para la implementación de las cantidades del programa de tarifas fijas para los códigos en vigor desde el 1 de enero de 2015 hasta el 1 de julio de 2015 para todos los otros cambios
Número de transmisión de CR relacionado: R3277CP
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la actualización trimestral de julio de 2015 de las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS). CMS actualizó este artículo el 30 de mayo para cambiar el número de transmisión y la dirección Web para acceder al artículo de la petición de cambio. El resto de la información sigue siendo la misma.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la actualización trimestral de julio de 2015 de las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS).

Como parte de esta actualización, las tarifas se establecen para el código A4602 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), que fueron agregadas al archivo HCPCS a partir del 1 de enero de 2015. Este artículo ha sido pagado con base en la lista de tarifas fijas locales antes de esta actualización.

Al 1 de julio de 2015, los códigos HCPCS que describen sistemas de tensión de vacío están legalmente excluidos de la cobertura de Medicare y no se pagan cuando son facturados a Medicare.

Como parte de la actualización de julio de 2015, la tarifa fija para el código HCPCS A7048 (Vacuum drainage collection unit and tubing kit, including all supplies needed for collection unit change, for use with implanted catheter, each [unidad de vacío para recolección de drenaje y el kit de conducto, incluyendo todos los materiales necesarios para el cambio de unidad de recolección para su uso con el catéter implantado, individual]) se añadió al archivo de programa de tarifas fijas de DMEPOS. Con la actualización de julio, CMS aclara varias preguntas con respecto a estas cantidades del programa de tarifas fijas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es [http://www.cms.gov/](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9177.pdf)

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9177.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9177, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R3277CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3277, CR 9177

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 enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.



Recursos educativos

Calendario de eventos

Julio de 2015

Administración de cuidados crónicos

Cuando: 8 de julio de 2015
 Hora: 10:00-11:30 AM ET
 Tipo: Webcast

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0276536.asp>

Medicare Speaks 2015 Jacksonville

Cuando: 16-17 de julio de 2015
 Hora: 7:30 AM-4:15 PM ET
 Tipo: Cara a cara

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

http://medicareespanol.fcso.com/medicare_speaks/278499.pdf

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.fcso.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.



MLN Connects® Provider e-News de CMS

El MLN Connects® Provider e-News de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial de *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 sea 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:

- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 21 de mayo de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 28 de mayo de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 4 de junio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 11 de junio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 18 de junio de 2015](#)

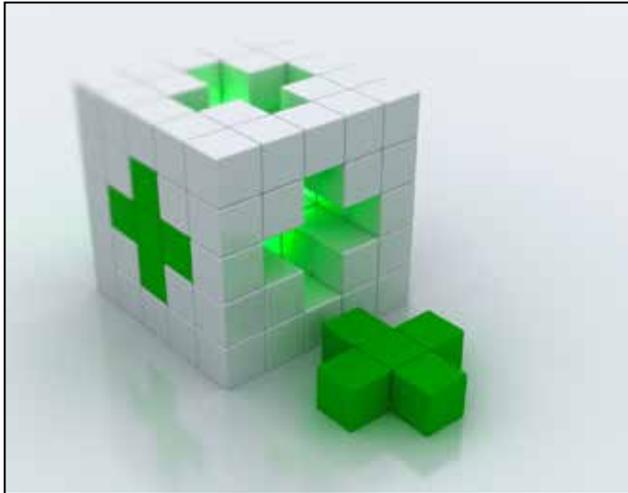
Medicare Learning Network®

El *Medicare Learning Network*® (MLN) es el lugar para la educación, información y los recursos para la comunidad de profesionales del cuidado de la salud. El MLN proporciona acceso a la información del programa de CMS que usted necesita, cuando usted lo necesita, de tal forma que usted puede enfocarse más en proveer atención a sus pacientes. Encuentre lo que MLN tiene para ofrecerle a usted y a su personal en <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNGenInfo/index.html>.



Facturación

Servicios de instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados (IPF)



Esta importante información está destinada a los proveedores de servicios de hospitalización psiquiátrica para los beneficiarios de Medicare. El programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) y los hallazgos de First Coast Service Options (First Coast) indican una falta de la documentación necesaria para apoyar la cobertura de los servicios facturados, en particular, los requisitos de certificación y recertificación.

First Coast quiere recordarles a los proveedores que de acuerdo con [42 CFR 424.14](#) todas las instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados (IPF), unidades distintas de los hospitales de cuidados agudos, hospitales de cuidado crítico están obligados a cumplir con todos los requisitos, incluyendo los requisitos de certificación y recertificación.

Para todas las IPF un diagnóstico de admisión debe hacerse en todos los pacientes en el momento de la admisión y debe incluir el diagnóstico de enfermedades comórbidas, así como el diagnóstico psiquiátrico. Se requiere que los hospitales psiquiátricos se dediquen principalmente a la prestación, o bajo la supervisión de un psiquiatra, de los servicios psiquiátricos para el diagnóstico y tratamiento de una persona con enfermedad mental.

Los registros médicos mantenidos por la IPF deben incluir las notas de progreso y plan de tratamiento, deben ser legibles y completos, y deben ser firmados y fechados de inmediato por la persona que es responsable de ordenar, suministrar o evaluar los servicios prestados. El registro debe enfatizar los componentes psiquiátricos, incluyendo la historia de las conclusiones y del tratamiento proporcionado para la condición psiquiátrica por la que se hospitaliza al paciente. La razón de la admisión debe estar claramente

documentada y los registros de servicio social deben incluir informes de entrevistas con pacientes, familiares y otros; debe proporcionar una evaluación de la estructura del hogar y actitudes familiares y contactos de recursos de la comunidad, así como la historia social.

Un médico o un miembro del personal médico cualificado que tenga conocimientos del caso, deben proporcionar la certificación inicial en el momento de la admisión, o tan pronto como sea razonable y posible, que la hospitalización psiquiátrica de pacientes hospitalizados sea razonable y necesaria por razones médicas. La declaración de certificación del médico debe reflejar que la admisión era médicamente necesario, ya sea para:

- El tratamiento que se espera que sea razonable para mejorar la condición del paciente o
- Estudio de diagnóstico

Un médico debe proporcionar la primera recertificación a los 12 días de la hospitalización; y las recertificaciones posteriores a intervalos establecidos por el comité de revisión de utilización (en una base de caso por caso), pero no menos cada 30 días que el paciente siga necesitando, sobre una base diaria, el tratamiento hospitalario activo proporcionado directamente, o que requiere la supervisión de personal del IPF.

La recertificación del médico debe indicar:

- Que los servicios de hospitales psiquiátricos para pacientes hospitalizados prestados desde la certificación o recertificación anterior eran, y siguen siendo, médicamente necesarios, ya sea para:
 - Un tratamiento en el que razonablemente podría esperarse la mejora de la condición del paciente;
 - Estudio de diagnóstico;
- Los registros hospitalarios indican que los servicios prestados eran tanto servicios intensivos de tratamiento, admisión y servicios relacionados necesarios para el estudio de diagnóstico, como servicios equivalentes, y
- A partir del 1 de julio de 2006 también se requiere a los médicos incluir una declaración de recertificación que el paciente sigue necesitando, sobre una base diaria, el tratamiento activo prestado directamente o que requiere la supervisión del personal de la instalación de hospitalización psiquiátrica.

El período cubierto por la certificación del médico y recertificación se conoce como un período durante el cual el paciente estaba recibiendo tratamiento activo. Para los servicios a ser designados como tratamiento activo, estos deben:

- Ser proporcionados bajo un tratamiento individualizado o un plan de diagnóstico;

Ver **SERVICIOS**, en la próxima página

SERVICIOS

De la página anterior

- Ser razonablemente necesarios esperado mejorar la condición del paciente o para el propósito de diagnóstico; y
- Ser supervisados y evaluados por un médico

Este período debe incluir todos los días en los que se proporcionaron los servicios de centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados debido a las necesidades del individuo para el tratamiento activo. El hecho de que un paciente se encuentra bajo la supervisión de un médico no significa necesariamente que el paciente está recibiendo tratamiento activo. Dónde termina el período de “tratamiento activo”, el médico está para indicar la fecha de finalización para hacer su recertificación. Si el “tratamiento activo” se reanuda a partir de entonces, el médico deberá indicar, en la recertificación, la fecha en que se reanudó.

Además, el análisis de datos ha identificado casos en que las instalaciones dan de alta al paciente al hogar (código de estado de alta 01), pero el paciente

fue trasladado de hecho a un centro de atención aguda (código de estado de alta 02). First Coast desea recordar a los proveedores que las reclamaciones con código de estado de alta 02 se pagan diferente a una reclamación donde el paciente es dado de alta en la casa. Si la disposición del paciente está mal codificada, la reclamación se puede pagar de forma incorrecta. Para obtener información adicional, consulte los las publicaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) [100-04 Medicare Claims Processing Manual, capítulo 3](#), secciones 2.1.2.4 y 40.2.4.

Fuentes: *Serie de hojas informativas de Medicare Learning Network Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System, CMS publicación CMS 100-02, capítulo 2 – Inpatient Psychiatric Hospital Services, CMS publicación 100-04, capítulo 4, sección 10.9 – Inpatient Psychiatric Facility Services Certification and Recertification*

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

CMS emite correcciones al programa pricer de salud en el hogar de 2015

Número de *MLN Matters*®: MM9198

Número de petición de cambio relacionado: 9198

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de mayo de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3268CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare para instalar un nuevo pricer de salud en el hogar y para corregir los errores que afectan los pagos en las reclamaciones de salud en el hogar de Medicare 2015.

El comité nacional de facturación uniforme (National Uniform Billing Committee, NUBC) recientemente creó un nuevo código de frecuencia de tipo de factura (TOB) para ayudar con la automatización de ciertas solicitudes para reaperturas de reclamación. El nuevo código de frecuencia TOB ‘Q’ no es actualmente reconocido en el programa de precios de salud en el hogar. El nuevo pricer corrige el problema de código de frecuencia y otros problemas identificados.

CMS ha instruido a los contratistas administrativos para procesar el tipo de factura 032Q o 033Q y ajustar las reclamaciones para poder corregir las cantidades de pago.

Información adicional

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



[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9198.pdf](#).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9198, 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/R3268CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3268, CR 9198

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 anuncia la extensión del programa de hospital dependiente de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9197 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9197
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3281CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron la extensión de los programas de hospital dependiente de Medicare (MDH) y hospital de bajo volumen de Medicare para las altas de pacientes hasta el 30 de septiembre de 2017. Este artículo fue revisado el 9 de junio para reflejar la petición de cambio (CR) revisada 9197 emitida el 5 de junio. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder a CR 9197 fueron revisados.



altas utilizados para el ajuste de bajo volumen para las altas que ocurren durante la primera mitad de FY 2015 continuarán siendo utilizados para las altas que ocurren durante la primera mitad de FY 2015.

Los programas de MDH y de hospital de bajo volumen proporcionan pagos ampliados para respaldar los hospitales rurales pequeños para los cuales los pacientes de Medicare constituyen un porcentaje significativo de días de hospitalización o altas. Los hospitales rurales de bajo volumen, donde las altas totales de Medicare representan menos de 1,600 altas por año, también reciben pagos ampliados.

Información adicional

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

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Downloads/MM9197.pdf>.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron la extensión de los programas de hospital dependiente de Medicare (MDH) y de hospital de bajo volumen de Medicare para las altas de pacientes hasta el 30 de septiembre de 2017.

El Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015 proporcionó una extensión de los cargos temporeros para el ajuste de hospital de bajo volumen y el ajuste del programa de MDH para las altas que ocurran a partir del 1 de abril de 2015, hasta el 30 de septiembre de 2017.

Para implementar la extensión en la política de pago de hospital de bajo volumen, los mismos datos de las

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9197, 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/R3281CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3281, CR 9197

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

Uso de la nueva tecnología de códigos de la sección X de ICD-10-PCS

Número de *MLN Matters*®: SE1519
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 15 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Classification of Diseases, Tenth Edition, Procedure Coding System (ICD-10-PCS) este octubre, los proveedores de hospital verán nuevos códigos para identificar el uso de nueva tecnología cuando facturen por los servicios médicos provistos a los beneficiarios de Medicare.

Resumen

Con la implementación del nuevo International

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

Ver **USO**, en la próxima página

USO

De la página anterior

recientemente publicaron el artículo de *edición especial de MLN Matters*® SE1519 (en inglés) para ayudar a los hospitales con los códigos de la nueva tecnología de la sección X.

La nueva sección provee un lugar para los códigos que identifican de forma única los procedimientos solicitados a través del nuevo procedimiento de aplicación de nueva tecnología o que capturan otras nuevas tecnologías no clasificadas actualmente en ICD-10-PCS. De acuerdo con CMS, la sección X no introduce ningún concepto de codificación nuevo o pautas inusuales para codificación correcta.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1519.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1519

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.

PARD

CMS publica datos del ingreso de seguridad suplementario y de beneficiarios de Medicare para el reporte de costos de instalación

Número de *MLN Matters*®: MM9195

Número de petición de cambio relacionado: 9195

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2015

Fecha de efectividad: 6 de julio de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R1508OTN

Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron los datos para determinar el ajuste de la parte desproporcionada de hospital de los hospitales del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS), el ajuste de pacientes de bajos ingresos (LIP) para los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) y ciertos pagos de los hospitales de cuidados prolongados.

Los datos se utilizan para fines de liquidación para hospitales IPPS y los IRF con períodos de presentación del reporte de costos que iniciaron durante el FY 2013 (períodos de reporte de costos iniciados a partir del 1 de octubre de 2012 y anteriores al 1 de octubre de 2013), salvo cuando se indique expresamente lo contrario por CMS.

Los archivos de datos se encuentran en las siguientes direcciones del sitio Web de CMS:

- IPPS: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/dsh.html>

(en inglés)

- IRF: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/InpatientRehabFacPPS/SSIData.html> (en inglés)
- LTCH: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/LongTermCareHospitalPPS/download.html> (en inglés)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9195.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9195, 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/R1508OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1508, CR 9195

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.

Sistema de pago prospectivo

Actualización de julio de 2015 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios de hospital

Número de *MLN Matters*®: MM9205
 Número de petición de cambio relacionado: 9205
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3280CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

La actualización de julio de 2015 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital establece un dispositivo que pasa por la categoría de los procedimientos de biopsia pulmonar por punción e implementa dos nuevos códigos de *Current Procedural Terminology*® relacionados con la laparoscopia de esófago.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) dieron a conocer su actualización trimestral de OPPS que proporciona nueva codificación e información de pago de los procedimientos aprobados. La American Medical Association (AMA) publica los códigos de categoría III del *Current Procedural Terminology* (CPT®) dos veces al año: en enero, para la implementación que comienza el siguiente julio y en julio, para la implementación que comienza el siguiente enero.

Además, la actualización también incluye información

sobre el uso del modificador 'PO' del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Este modificador debe ser reportado con cada código HCPCS para todos los artículos y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados en un departamento de un proveedor fuera del campus de un hospital.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9205.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9205, 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/R3280CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3280, CR 9205

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 actualiza el editor de códigos ambulatorios integrados de julio de 2015

Número de *MLN Matters*®: MM9190
 Número de petición de cambio relacionado: 9190
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de mayo de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3264CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente las instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare con respecto a los cambios hechos al editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) que entrarán en vigor el 1 de julio de 2015.

Los cambios afectarán la clasificación de pago ambulatorio (APC), las reclamaciones ambulatorias por servicios prestados en centros de salud federalmente calificados y la lista del paquete de servicios de laboratorio. El programa de I/OCE procesa las reclamaciones de todos los proveedores institucionales de pacientes ambulatorios sujetos al sistema de pago

prospectivo de pacientes ambulatorios (OPPS).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9190.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9190, 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/R3264CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3264, CR 9190

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.

Tarifas fijas

Ajuste masivo de reclamaciones PPS de FQHC



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han instruido a los contratistas administrativos de Medicare para realizar un ajuste masivo de reclamaciones FQHC con fechas de servicio del 1 de abril de 2015, al 3 de mayo de 2015. Como resultado de la reciente aprobación del Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) de 2015, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) realizarán el ajuste masivo de todas las reclamaciones facturadas del centro de salud calificado por el Gobierno Federal (FQHC) bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2015, al de 3 de mayo de 2015.

Suscripción a Medicare Parte A

La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras 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 2014 hasta octubre 2015.

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

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 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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA** o **GZ**.

Revisiones a las LCD existentes

Bone mineral density studies – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28766 (Florida)
Identificador de LCD: L28767 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue revisada en base a la petición de cambio (CR) 9087 relacionada a las actualizaciones de ICD-9-CM para la determinación de cobertura nacional (NCD) 150.3 y el código *Current Procedural Terminology (CPT®)* 77085 .

Las secciones “Indications”, “Limitations” y “CPT®/ HCPCS Codes” de la LCD fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden encontrarse seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Carboplatin, (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28791 (Florida)
Identificador de LCD: L28796 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) fue revisada para incluir la indicación fuera de etiqueta de un carcinoma neuroendocrino maligno pobremente diferenciado. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para incluir esta indicación fuera de etiqueta y la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para añadir el código de diagnóstico asociado 209.30. En adición, la sección “Sources of Information and Basis of Decision” fue

actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 11 de junio de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Viscosupplementation therapy for knee – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28791 (Florida)
Identificador de LCD: L28796 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para terapia de viscosuplementación de rodilla se ha revisado. En la sección “Limitations” de la LCD, el siguiente texto ha sido agregado: “Per the Food and Drug Administration (FDA) package insert, the effectiveness of Monovisc™ has not been established for more than one course of treatment.” (“Según el inserto del paquete de la Food and Drug Administration (FDA), la eficacia de Monovisc™ no se ha establecido para más de un curso de tratamiento”). Además, se ha añadido una lista de los procedimientos de imagen que no están cubiertos cuando se realizan de forma rutinaria con el propósito de visualización de la rodilla para proporcionar una guía para la colocación de la aguja. Además, en la

sección de la LCD “Utilization Guidelines”, la “duración del tratamiento” ha sido revisada para reflejar, “la inyección única/una sola vez (la eficacia de Monovisc™ no se ha establecido para más de un curso de tratamiento).”

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 11 de junio de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Números telefónicos

First Coast Service Options

(Nota: La información de contacto geográfica específica es provista cuando los números de teléfono y las direcciones son diferentes para los proveedores en Florida, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Puerto Rico.)

Servicio al cliente

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
888-664-4112 (FL/USVI)
877-908-8433 (Puerto Rico)
877-660-1759 (TTY-FL/USVI)
888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)
888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
 904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com
 855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.
 Servicio al cliente Medicare Parte A
 P. O. Box 2711
 Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry
 P. O. Box 44071
 Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit
 P. O. Box 45087
 Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.
 P.O. Box 2078
 Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer
 P. O. Box 2711
 Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review
 P. O. Box 45267
 Jacksonville, FL 32232-5267

MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/demandas, responsabilidades

Auto/Liability – 17T
 P. O. Box 44179
 Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268
 Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A. Redetermination/ Appeals
 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
 Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA
 P. O. Box 10066
 Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA
 Medicare Part A
 34650 US HWY 19N
 Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) (www.cms.gov)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, división de administración financiera y operaciones de tarifa fija
ROATLFM@CMS.HHS.GOV

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare
 800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE
 1-800-633-4227
 1-800-754-7820 (TTY)

ASC

Actualización de julio del sistema de pago ASC

Número de *MLN Matters*®: MM9207
Número de petición de cambio relacionado: 9207
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2015
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3279CP
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Este artículo es el resultado de la petición de cambio 9207, que detalla los cambios en las instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en la actualización de julio de 2015 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC).

Varias tarifas de pago ASC, bajo el sistema de pago ASC, se establecen utilizando la información de la tarifa de pago del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Los archivos de pago asociados a esta transmisión reflejan los cambios más recientes en el pago MPFS de 2015 impactados por el Medicare Access and CHIP

Reauthorization Act de 2015, a partir del 1 de julio de 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9207.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9207, 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/R3279CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3279, CR 9207

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 enlaces que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar un resumen general. No tiene la intención de sustituir la ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Facturación

Posibles violaciones de asignación de los laboratorios clínicos en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Ha llamado la atención de First Coast Service Options por parte del State Health Insurance Assistance Program (SHIP) en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos que algunos laboratorios están cobrando a los pacientes por adelantado para proveer servicios. Esto no sería apropiado ya que, típicamente, los beneficiarios no son financieramente responsables por los servicios de laboratorio.

Como recordatorio, los proveedores de servicios de laboratorio deben estar conscientes de las siguientes regulaciones de Medicare:

- Por ley, un proveedor debe presentar las reclamaciones de la Parte B de todos los beneficiarios de Medicare
- Adicionalmente, un proveedor debe aceptar la asignación para pruebas de laboratorio pagadas en la tarifa fija. De lo contrario, un contratista administrativo de Medicare (MAC) de Parte B no puede hacer pagos por las pruebas de laboratorio. Además, ningún pago puede ser hecho para las pruebas de diagnóstico clínico provistas por un médico o grupo médico **a menos** de que el médico o grupo médico acepte la asignación o reclame el pago bajo el procedimiento de pago indirecto para los servicios de laboratorio
- Para todas las pruebas clínicas de laboratorio, tarifas de recolección de muestra o gastos de viaje



relacionados a las pruebas de laboratorio realizadas por un médico, laboratorio u otra entidad pagada de manera asignada, **no aplica el deducible anual ni el 20 por ciento de coaseguro**; el MAC pagará la cantidad menor del cargo actual o el 100 por ciento de la tarifa fija de laboratorio clínico

- Por ley, los cargos básicos admisibles para un beneficiario son el deducible restante y el 20 por ciento de los cargos habituales (o razonables) en exceso del deducible. Si el proveedor recolecta dinero del beneficiario, el proveedor debe informar al MAC sobre cualquier cantidad recolectada del beneficiario o de otras personas en su nombre al completar el ítem 29 del formulario de reclamación CMS-

Ver **POSIBLES**, en la próxima página

POSIBLES

De la página anterior

- 1500 (o equivalente electrónico)
- **Nota:** Por favor revise el artículo: “[Cuándo no presentar cantidades pagadas del paciente en reclamaciones antes de recolectar pagos de los pacientes](#)”

Posibles penalidades por violaciones de asignación

Los proveedores que consciente y voluntariamente facturan a los pacientes sin haber sido asignado pueden estar sujetos a sanciones, penalidades monetarias civiles (hasta \$2,000 por violación) y/o exclusión del programa de Medicare por un periodo impuesto de hasta cinco años.

Se exhorta a los beneficiarios a que reporten las posibles violaciones de asignación al **1-800-MEDICARE**.

Fuente: *Manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) Pub. 100-04, capítulo 1, sección 30.3.6 y 30.3.9; Pub. 100-04, capítulo 16, sección 30.1 y 30.2; Social Security Act (SSA) Act, sección 1848(g)(4); Medicare Learning Network (MLN) Matters® artículo de edición especial (SE) SE0908 Mandatory Claims Submission and its Enforcement; Code of Federal Regulations (CFR) título 42, sección 489.30(b) y 489.35.*

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

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)



CMS emite actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*®: MM9111
 Número de petición de cambio relacionado: 9111
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de mayo de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3275CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI).

CMS desarrolló la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) para promover metodologías nacionales de codificación correctas y para controlar la codificación incorrecta que conduce al pago inadecuado en las reclamaciones de la Parte B. Las políticas de codificación desarrolladas se basan en convenciones de codificación definidas en el manual *Current Procedural Terminology*® de la American Medical Association, las políticas y ediciones nacionales y locales, las directrices de codificación

elaboradas por las sociedades nacionales, el análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar de codificación y la revisión de las prácticas de codificación actuales.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9111.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9111, 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/R3275CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3275, CR 9111

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.

Laboratorio

CMS añade siete pruebas nuevas de laboratorio clínico a la lista de pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*[®]: MM9164
Número de petición de cambio relacionado: 9164
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3267CP
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente añadieron siete pruebas de laboratorio las cuales han sido aprobadas por la Food and Drug Administration, como pruebas con dispensa y elegibles para pago de Medicare.

El Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1998 (CLIA) requiere que, para cada prueba que se realiza, un centro de laboratorio debe estar debidamente certificado. Las nuevas pruebas con dispensa incluyen:

- Alere Technologies AS, Alere Afinion AS101 Analyzer
- Native Diagnostics International DrugSmart Dip Multi-Panel Drug Screen Dip Card with OPI 2000 Tests
- Chemton Biotech, Inc. Chemtrue Multi-Panel DOA Dip Card Tests
- Chemton Biotech, Inc. Chemtrue Multi-Panel DOA Dip Card with OPI 2000 Tests
- Quidel Sofia Strep A+FIA {from throat swab only}
- Clarity Diagnostics Multi-Panel Drug Screen Dip

Card Tests

- Clarity Diagnostics Multi-Panel Drug Screen Dip Card with OPI 2000 Tests

CMS mantiene una lista de las pruebas con dispensa con los códigos correspondientes de *Current Procedural Terminology (CPT)* que requieren un certificado válido actual del CLIA. Sin el certificado, el reembolso por tales pruebas de laboratorio puede verse afectado. El enlace al resumen del artículo incluye detalles de facturación y las pruebas más recientes aprobadas por la FDA como pruebas con dispensa bajo el CLIA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9164.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9164, 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/R3267CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3267, CR 9164

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.

Suscripción a Medicare Parte B

La Parte B de Medicare es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras 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 2014 hasta octubre 2015.

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

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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA o GZ**.

Revisones a las LCD existentes

Bone mineral density studies – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29086 (Florida)
Identificador de LCD: L29101 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios de densidad mineral ósea fue revisada en base a la petición de cambio (CR) 9087 relacionada a las actualizaciones de ICD-9-CM para la determinación de cobertura nacional (NCD) 150.3 y el código *Current Procedural Terminology (CPT®) 77085*. Las secciones "Indications", "Limitations" y "CPT®/HCPCS Codes" de la LCD fueron actualizadas.

Carboplatin, (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29089 (Florida)
Identificador de LCD: L29104 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) fue revisada para incluir la indicación fuera de etiqueta de un carcinoma neuroendocrino maligno pobremente diferenciado. La sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD fue revisada para incluir esta indicación fuera de etiqueta y la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" fue actualizada para añadir el código de diagnóstico asociado 209.30. En adición, la sección "Sources of Information and Basis of Decision" fue

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 4 de junio de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

First Coast Service Options Inc. proporciona las determinaciones locales de cobertura (LCD), cuando estas existen, para los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare.

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. Haga [clic aquí](#) para buscar las LCD actuales.



Viscosupplementation therapy for knee – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29307 (Florida)

Identificador de LCD: L29408 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para terapia de viscosuplementación de rodilla se ha revisado. En la sección “Limitations” de la LCD, el siguiente texto ha sido agregado: “Per the Food and Drug Administration (FDA) package insert, the effectiveness of Monovisc™ has not been established for more than one course of treatment.” (“Según el inserto del paquete de la Food and Drug Administration (FDA), la eficacia de Monovisc™ no se ha establecido para más de un curso de tratamiento”). Además, se ha añadido una lista de los procedimientos de imagen que no están cubiertos cuando se realizan de forma rutinaria con el propósito de visualización de la rodilla para proporcionar una guía para la colocación de la aguja. Además, en la

sección de la LCD “Utilization Guidelines”, la “duración del tratamiento” ha sido revisada para reflejar, “la inyección única/una sola vez (la eficacia de Monovisc™ no se ha establecido para más de un curso de tratamiento).”

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 11 de junio de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

1-888-216-8261 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

Transferencia electrónica de fondos (EFT) (CMS-588)

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

Formulario: <http://medicareespanol.fcsso.com/comentarios/161732.asp>

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

<http://www.fcsouniversity.com/>

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007
877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

Transferencia electrónica de fondos (EFT) (CMS-588)

866-454-9007
877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007
877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199
Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims
P.O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request
P.O. Box 45248
Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC
Part B QIC South Operations
ATTN: Administration Manager
P.O. Box 183092
Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018
Correo electrónico: FloridaB@fcso.com
Formulario: <http://medicareespanol.fcso.com/comentarios/161732.asp>

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048
Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.
P.O. Box 44078
Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery
P.O. Box 44141
Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach
P.O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

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

Sitios Web

Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcso.com>

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

<http://www.fcsouniversity.com/>

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

Transferencia electrónica de fondos (EFT) (CMS-588)

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

Formulario: <http://medicareespanol.fcso.com/comentarios/161732.asp>

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcso.com>

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

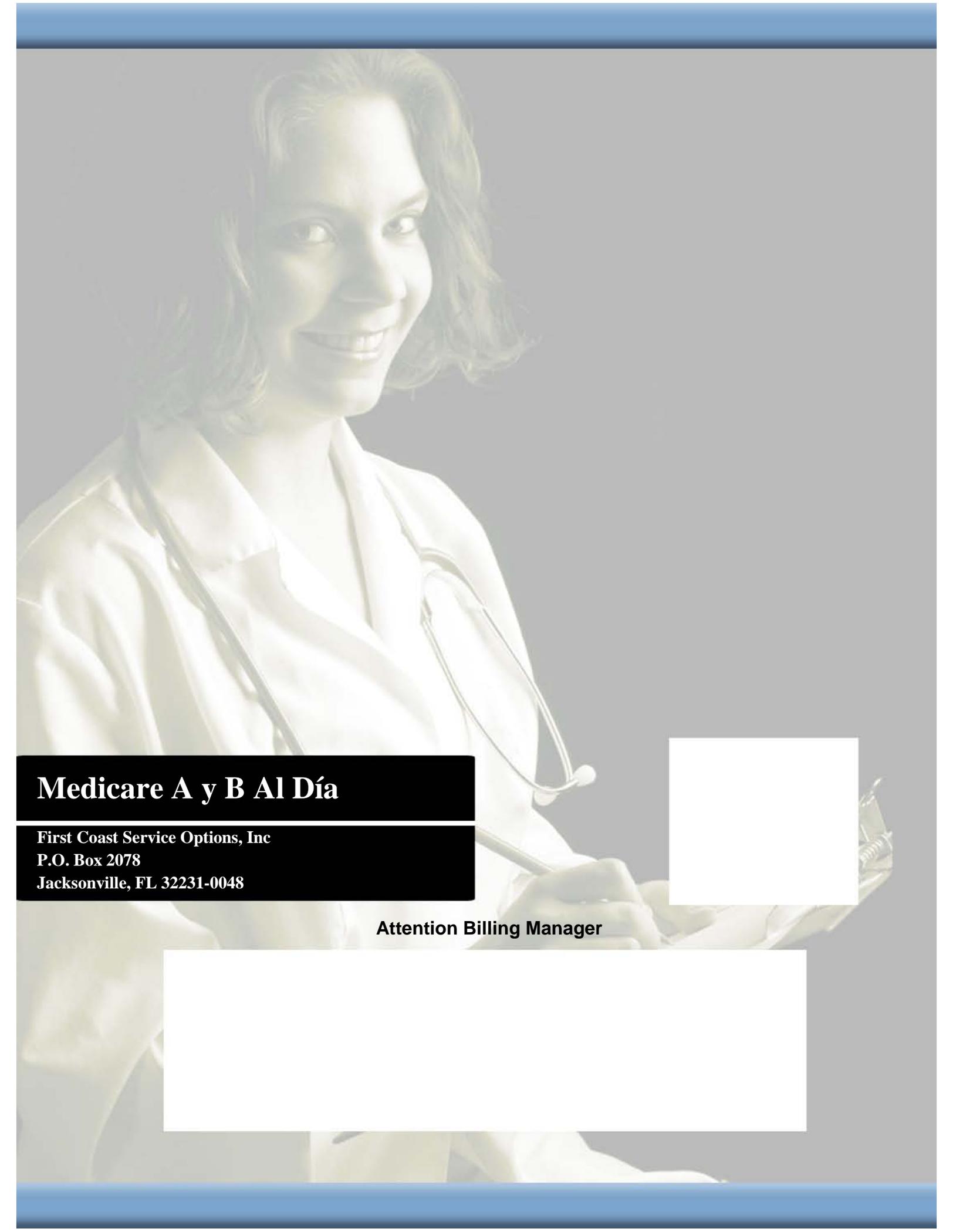
First Coast University

<http://www.fcsouniversity.com/>

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager