

7 de febrero de 2023

A TODOS LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD MENONITA VITAL

RE: MAMOGRAFIAS DE CERNIMIENTO VERSUS MAMOGRAFIAS DIAGNOSTICAS

Estimado(a) Proveedor(a),

En el Plan de Salud Menonita Vital nuestro compromiso es trabajar con usted de manera integrada y coordinada para asegurar un cuidado clínico de excelencia junto a un pago íntegro de las reclamaciones relacionadas a los servicios de nuestros asegurados. A continuación, repasamos detalles importantes sobre las mamografías de cernimiento y las diagnósticas.

La **mamografía de cernimiento (screening)** es un procedimiento radiológico, generalmente utilizado en mujeres que no muestran signos clínicos de cáncer de mama, anomalías mamarias y/o enfermedad mamaria. Se realiza con fines de detección temprana como método de detección del cáncer de mama, o como forma de monitoreo por antecedentes personales previos de la enfermedad. Por lo general, esto requiere que se tomen dos (2) imágenes de rayos X de cada seno desde dos (2) ángulos diferentes.

Mientras, la **mamografía diagnóstica** es un procedimiento radiológico proporcionado a un hombre o una mujer con signos y síntomas de enfermedad mamaria, o antecedentes personales de cáncer de mama, o antecedentes personales de enfermedad mamaria benigna comprobada por biopsia e incluye la interpretación de un médico de los resultados del procedimiento. También se realizan mamografías diagnósticas si los signos potenciales de cáncer de mama han resultado en una mamografía anormal durante la mamografía de detección. En este caso, las mamografías diagnósticas pueden proporcionar imágenes adicionales desde diferentes ángulos del seno y también pueden enfocarse en un área particular con mayor aumento para brindar más información para el diagnóstico.

Requisitos de documentación y facturación para la mamografía de diagnóstico:

A continuación, incluimos unas guías y referencias relacionadas a la codificación y facturación de los servicios de mamografías brindados a los beneficiarios del Plan Vital basadas en las referencias de CMS para los programas Medicare y Medicaid.

1. Reclamaciones que detallen servicios de mamografía diagnósticas deben incluir documentación que respalde la necesidad médica como los códigos de diagnóstico ICD-10-CM apropiados. Las reclamaciones recibidas sin códigos de diagnósticos que evidencien la necesidad médica para estos serán denegadas.

2. El récord médico de cada paciente debe documentar una indicación clínica clara para la mamografía diagnóstica, así como en la orden médica.
3. Cuando se ordena una mamografía diagnóstica, los récords médicos deben respaldar claramente que el paciente está bajo el cuidado del médico que refiere.
4. El récord médico debe incluir un informe escrito formal que describa todas las vistas completadas, el motivo de la prueba, una descripción de la prueba, la interpretación y los resultados de la prueba, y el nombre del médico o profesional no médico calificado a quien se envía el informe.
5. Si el examen comenzó como una mamografía de cernimiento y se ordenaron radiografías adicionales a base de resultados anormales, la anomalía específica debe documentarse en el récord y el modificador **GG** debe incluirse en la línea de la reclamación con el código de procedimiento para una mamografía diagnóstica.
6. Reclamaciones para servicios de mamografías diagnósticas con códigos de diagnósticos ICD-10-CM de cernimiento, y vice-versa, serán denegadas por codificación inapropiada de la combinación de los servicios (CPT/HCPCS) / diagnósticos (ICD-10-CM).

Con el objetivo de garantizar la integridad de los pagos a la red de proveedores, así como para certificar que la pureza de la data estadística recopilada del pago de reclamaciones, se realizarán auditorías de los servicios facturados y pagados.

De necesitar información adicional o para clarificar alguna duda, puede comunicarse con nosotros.

Centro de Servicio al Proveedor
1-855-297-0140 (libre de cargos)
Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<https://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,



Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Principal Oficial Administración Reclamaciones y
Operaciones de Sistemas de Información

Referencia de CMS (Local Coverage Determination):

<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?lcdid=33950&ver=34&bc=CAA-AAAAAAAAA>