

Emily DeMent ([00:01](#)):

Este es el webinar "Todo sobre FQHC y Medicare", que es la tercera parte de nuestra nueva serie Horario de Oficina Financiera: estrategias para gestionar operaciones durante el COVID-19. Gracias a todos por acompañarnos. Mi nombre es Emily DeMent, asociada del programa en el Departamento de Capacitación y Asistencia Técnica en NACHC; y me complace presentar este webinar junto con mis colegas, Ted Henson, director de Rendimiento e Innovación de Centros de Salud, y Gervean Williams, directora de Capacitación Financiera, a quienes podrá escuchar en unos minutos. Sin más demora, comencemos y le cedo la palabra a Ted.

Ted Henson ([00:35](#)):

Gracias, Emily. Y quiero darles la bienvenida a todos a la tercera entrega de NACHC de Horario de Oficina Financiera para Centros de Salud durante el COVID-19. Pero antes que nada, solo quiero parar un segundo y, en nombre de NACHC, agradecer a todos los que están en el campo por el increíble trabajo que hacen, día tras día, en los centros de salud comunitarios de todo el país. Ya sea en persona o ahora virtualmente para atender a sus pacientes, a sus comunidades; no es una exageración decir que todos ustedes y los trabajadores de la salud en todo el país son nuestros verdaderos héroes. Así que gracias. Como Emily mencionó, el enfoque del Horario de Oficina Financiera de hoy es Todo sobre FQHC y Medicare. Y el webinar de hoy nos va a ofrecer una visión general a profundidad de la cobertura de telesalud de Medicare, otras políticas de Medicare relacionadas con el COVID, y la cobertura de FTCA y telesalud durante la emergencia de COVID-19.

Ted Henson ([1:23](#)):

Tenemos un panel de expertos realmente sólido para guiarnos a través de las presentaciones de hoy. Desde NACHC, se nos unirán Susan Sumrell, subdirectora de Asuntos de Estado; y mi colega, Gervean Williams, directora de Capacitación Financiera de TTA. Quiero agradecer personalmente a Susan y Gervean por todo el gran trabajo y todo lo relacionado con Medicare, CMS, telesalud; y por organizar este Horario de Oficina Financiera. A ellas se unirán o les seguirán Marty Bree y Molly Evans, que son socios en Feldesman Tucker Leifer Fidell. Y después de Marty y Molly, nos complace escuchar a Corinne Axelrod, directora adjunta interina de la División de Servicios Ambulatorios de los Centros de Servicios de Medicare (CMS); y de su colega Tracey Mackey, asesora técnica del Grupo de Facturación de Proveedores, División de Procesamiento de Reclamaciones Institucionales de los Centros de Servicios de Medicare. Así que sin más preámbulos, le cedo la palabra a Susan.

Susan Sumrell ([02:13](#)):

Muchas gracias, Ted. Tenía el micrófono con doble silencio. Pero espero que todos puedan escucharme ahora. Quiero agradecerles a todos por acompañarnos hoy en este Horario de Oficina y hacer eco del agradecimiento de Ted por todo el trabajo que están haciendo en el campo y por tomarse el tiempo para unirse al webinar. Estoy muy emocionada porque nos acompañan la Capitana Corinne Axelrod y Tracey Mackey, ambas de los CMS. Ha sido maravilloso trabajar con ellas y son realmente unas excelentes defensoras de las lesiones de salud dentro del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid y para los beneficiarios de Medicare en los centros de salud comunitarios. Gervean y yo vamos a analizar algunas de las nuevas políticas de los CMS. Y luego, como dijo Ted, escucharemos a Marty y Molly con respecto a algunos problemas de la FTCA y luego, por favor, hagan todas sus preguntas porque Corinne y Tracey podrán ayudarnos a analizar algunos de los detalles técnicos y cualquier respuesta a las preguntas que puedan tener.

Susan Sumrell ([3:20](#)):

Voy a comenzar con la política de telesalud. Quiero ir al grano. Creo que todos ustedes saben esto, pero antes de la emergencia de COVID los centros de salud estaban algo limitados en los servicios de telesalud que podían prestar a sus pacientes de Medicare. Estaban limitados a solo

poder atender como local de origen, que es el lugar donde se encuentra el paciente, y no se les podía reembolsar o prestar los servicios como local remoto, que es donde está el proveedor. Este ha sido un problema de larga data en el que hemos trabajado durante varios años y conversamos con la gente de los CMS y hablamos en el Capitolio para intentar solucionarlo, y estamos realmente agradecidos de que hayan podido hacer algunos cambios, especialmente a la luz de la emergencia actual.

Susan Sumrell ([4:11](#)):

Voy a revisar un par de... ya que hubo mucha acción en este espacio en realidad y el Congreso ha tenido varios proyectos de ley que han incluido disposiciones de telesalud y quiero hablar sobre cuáles son los más relevantes para los centros de salud y cómo realmente abrieron muchas puertas para que las aseguradoras de salud presten más servicios de telesalud para sus pacientes de Medicare. El primer proyecto de ley de estímulo alivió las restricciones geográficas del local de origen. Y dije que podíamos atender como un local de origen; en realidad eran solo los centros de salud rurales, los FQHC rurales donde podíamos prestar servicios como locales de origen. El primer proyecto de ley de estímulo quería levantar esas restricciones. Se eliminaron las restricciones geográficas para que cualquiera pueda acceder al local de origen, cualquier FQHC puede, y también se permitió que se prestaran servicios en el hogar de un paciente y los tipos de tecnología que allí se necesitaban.

Susan Sumrell ([5:08](#)):

Ese fue un obstáculo realmente grande, pero aun así había una limitación en los tipos de servicios que el FQHC podría prestar como proveedor en local remoto. No fue sino hasta que se aprobó la Ley CARES que incluía una disposición que nos permitía atender y recibir reembolsos por servicios en locales remotos hasta el final de la emergencia de salud pública. Y el 17 de abril de 2020, los CMS publicaron una guía sobre esta disposición. Creo que el tema por el que mucha gente nos estaba llenando las bandejas de entrada era sobre cuál sería el pago y cómo funcionaría. Aquí están algunos de los detalles que salieron del artículo de MLN Matters de los CMS del 17 de abril. Se le reembolsará al FQHC \$92 y ese es un promedio de todas las tarifas de la lista de tarifas para médicos para servicios en local remoto. Desde ahora hasta el 1 de julio, a los centros de salud se les pagará como PPS, pero el 1 de julio se conciliará con los \$92 y luego, desde julio hasta el final de la emergencia, será solo los \$92.

Susan Sumrell ([06:11](#)):

Esa disposición es retroactiva al 27 de enero de 2020 y se extiende hasta el final de la emergencia de salud pública. Así que mientras permanezca activa esta emergencia de salud pública, los centros de salud podrán prestar estos servicios en un local remoto. La guía dice —y supongo que habrá varias preguntas sobre este punto en particular para la gente de los CMS— que cualquier proveedor de atención médica puede prestar servicios de telesalud desde cualquier ubicación, incluida su casa, siempre que esté trabajando para el FQHC. Lo sé históricamente, y teníamos muchas preguntas sobre esto antes de que esta guía saliera sobre si el proveedor tendría que estar físicamente en el FQHC o no para prestar esos servicios. Y sabemos que eso es realmente difícil, especialmente en este momento. Por lo tanto, es muy importante permitir que el proveedor trabaje desde su casa o desde una ubicación externa. También incluye la lista completa de servicios de telesalud en local remoto aprobados, no solo los servicios del FQHC. Hay una lista que pueden encontrar en los artículos de MLN Matters — y podemos compartir ese enlace en el chat si aún no lo han visto— de todos los servicios que están abiertos para prestar, y que se reembolsan como atención en local remoto.

Susan Sumrell ([07:34](#)):

Bueno, de eso se trataba lo de los locales remotos; pero también hay un par de cosas que han sucedido en Medicare específicas para los FQHC y específicas para la emergencia de salud pública. Se han producido algunos cambios en el código para chequeo virtual. Los CMS añadieron la consulta electrónica a este código. Y solo como recordatorio, los chequeos virtuales han

existido desde hace aproximadamente un año, y les permiten a los pacientes de Medicare tener un servicio de comunicación breve con profesionales a través de una serie de tecnologías de comunicación, incluida una llamada telefónica o una videollamada, si eso fuera apropiado. Lo único de esto es que estos servicios debe iniciarlos el paciente, saqué estas palabras de una hoja informativa de los CMS con el enlace debajo; saqué las palabras directamente de allí. Sí señala que los profesionales pueden necesitar educar a los beneficiarios sobre la disponibilidad del servicio antes de que lo inicie el paciente.

Susan Sumrell ([08:33](#)):

A lo largo de la emergencia de salud pública, los CMS también han añadido un código de consulta electrónica, que es cuando un paciente establecido de Medicare puede tener una comunicación iniciada por él y de forma no presencial con sus proveedores utilizando un portal de pacientes en línea. Se trata de comunicación que se inicia a través de un portal de pacientes, mientras que el chequeo virtual es la comunicación por teléfono o por video. Con la adición de la consulta electrónica a este código G0071, hubo un aumento de la tasa de pago de G0071, el cual la aumentó a \$24,76. Creo que era alrededor de \$13 antes de la emergencia. Estamos muy agradecidos, y sé que muchas personas han estado realmente muy interesadas en los códigos tanto del chequeo virtual como de la consulta electrónica especialmente durante la emergencia.

Susan Sumrell ([09:29](#)):

Quiero señalar un par de otras cosas que los CMS han hecho. He observado sobre los servicios de comunicación virtual que son iniciados por el paciente, y que ustedes tienen que obtener el consentimiento. A lo largo de la emergencia, los CMS han observado que para los servicios de comunicación virtual y la gestión de atención crónica (CCM), se puede obtener el consentimiento del beneficiario al mismo tiempo que los servicios se ofrecen inicialmente. Específicamente, creo que para los RHC y FQHC, como dice en la viñeta, esto significa que el consentimiento del beneficiario puede obtenerse por medio de alguien que trabaje bajo la supervisión general del profesional del RHC o FQHC. Y no se requiere supervisión directa para obtener el consentimiento. Eso es a través de la duración de la emergencia y creo que es una disposición realmente útil que los CMS incluyeron para permitir un acceso más oportuno a estos servicios.

Susan Sumrell ([10:25](#)):

También quería señalar, para aquellos de ustedes que prestan servicios de enfermería a domicilio a sus pacientes de Medicare, que a partir del 1 de marzo de 2020 hasta el final de la emergencia, no existe un requisito para una solicitud de determinación de escasez de agencia de atención médica a domicilio; se ha exonerado a lo largo de la duración de la emergencia. Y que los FQHC deben verificar el sistema de transacciones de elegibilidad de HIPAA antes de proporcionar servicios de enfermería a domicilio para asegurarse de que el paciente aún no se encuentre bajo un plan de atención médica domiciliaria. Con eso, quiero cederle la palabra a Gervean para que explique un par de... Les he dado la información general a gran escala de la política; Gervean va a explicar un poco los procedimientos. Gervean, te cedo la palabra.

Gervean Williams ([11:13](#)):

Muchas gracias, Susan. Voy a hablar sobre los servicios de telesalud en local remoto de los FQHC. Del 27 de enero al 30 de junio, ustedes podrán facturar por estas consultas, poniendo el código G del FQHC y una consulta que califica y el G2025, que es el código para identificar que se trata del servicio de telesalud. Después del 1 de julio, podrán usar estrictamente el código G2025 para obtener el reembolso de sus servicios de telesalud. Y también toda esta información necesita colocarse en su informe de costos cuando lo presente, así que cualquier costo y servicio adicionales se añaden a su informe de costos en el formulario 224-14 de los CMS. Aquí hay algunos enlaces a algunos recursos excelentes de los CMS para guiarlos a través de todos estos detalles individuales.

Gervean Williams ([12:10](#)):

Aquí hay un ejemplo de un diseño de reclamación para enero al 30 de junio. Tendrá su código de ingresos, tendrá sus códigos HCPCS para el Código de pago específico de FQHC. Y en esa línea no necesitará un modificador. En la siguiente línea, verá que tiene su código de ingresos, tendrá su código de consulta que califica 99214, qué nivel de consulta tiene y luego agregará el modificador 25. Y luego, la última línea para identificar esto como un servicio de telesalud será el código de ingresos, el G2025 y el modificador 95.

Gervean Williams ([12:52](#)):

Solo quiero hablar brevemente sobre el pago acelerado y adelantado de Medicare. El programa ahora se está reevaluando, por lo que no puede enviar pagos acelerados o adelantados de Medicare. Pero si ha recibido esos pagos adelantados, asegúrese de pensar en el tiempo de reembolso. Los MAC han sido muy buenos para entregar el dinero a los proveedores y el proceso de reembolso se llevará a cabo 120 días después de que reciba su pago. Y asegúrese de seguir presentando sus reclamaciones porque habrá un proceso de compensación. El monto de reembolso se verá reducido por las reclamaciones que envíe. Así que asegúrese de mirar esos plazos: ver cuándo lo recibe, recibir ese pago anticipado, ver cuándo le será reembolsado, y seguir ese rastro en papel para asegurarse de que todo se haya conciliado adecuadamente. Entonces, antes de entrar en la cobertura de la FTCS... Oh. ¿Cuándo vamos a tener a Marty en la línea? Marty, ¿estás en línea? Ted, ¿tenemos alguna pregunta hasta ahora?

Ted Henson ([14:10](#)):

Sí. Parece que Marty está esperando conectarse ahora mismo. Así que con suerte estará en vivo en solo un minuto, pero espera un segundo. Bien. Hay muchas preguntas relacionadas con solamente la aclaración sobre el pago. Ann Loeffler, ¿estás ahí para leerlas?

Ann Loeffler ([14:39](#)):

Hola, Ted Por supuesto. Tenemos una pregunta: "Si nuestra tarifa como PPS es superior a \$92 para servicios de telesalud, ¿sería ventajoso retrasar el envío de esos cargos hasta después del 1 de julio, o deberíamos planear financieramente una "recuperación" de cualquier pago mayor a \$92? Gracias por todo su arduo trabajo".

Gervean Williams ([15:08](#)):

Tracey, ¿te gustaría responder eso?

Tracey Mackey ([15:10](#)):

Creo que voy a dejar que Corinne la cubra. Corinne, creo que la persona que llama pregunta que si retienen sus reclamaciones, la tarifa de pago cambiaría porque \$92 es más bajo que su tarifa como PPS.

Martin Bree ([15:27](#)):

Habla Corinne. Tracey, ¿querías que empiece? ¿Me escuchas, Tracey?

Tracey Mackey ([15:47](#)):

Sí. Sí. ¿Puedes comenzar? Porque creo que la persona que llama pregunta que si espera para enviar sus reclamaciones, se le podría pagar la tarifa como PPS por el servicio de telesalud.

Corinne Axelrod ([15:59](#)):

Sí. Bueno. Gracias. Y si no le molesta, le voy a dar una respuesta larga. Pero primero, nuevamente, quiero comenzar agradeciendo a todos porque sabemos que ustedes están haciendo un trabajo realmente increíble en este momento y es realmente difícil y estamos tratando de ser lo más solidarios posible. Pero tenemos nuestras leyes y regulaciones y cosas que tenemos que seguir. Pero estamos tratando de hacerles las cosas lo más fácil posible, sé que no siempre parece ser así. Gracias por el trabajo que están haciendo.

Corinne Axelrod ([16:29](#)):

Ahora, solo quiero retroceder y decir que sé que algunas personas están un poco decepcionadas con la tarifa de \$92, y tenemos que cumplir con la ley. La forma en que el Congreso redactó el estatuto no nos dio mucho margen de maniobra para ver qué podemos hacer y, en definitiva, la decisión era que si el Congreso quería pagarle a su tasa como APS eso es lo que habrían dicho. Y lo que dijeron fue que teníamos que pagarle de una manera similar a la lista de tarifas para médicos. Entonces eso fue lo que hicimos. Es \$92, que es el promedio... en realidad es \$92,03, pero lo que hemos hecho es hacerlo lo más expansivo posible. Entonces, como dijo Susan anteriormente, cualquier proveedor que esté trabajando en su ámbito de trabajo para el FQHC puede prestar un servicio de telesalud. No tiene que ser uno de los profesionales autorizados en el FQHC. Como saben, se trata de un MD, MP, PA, enfermera partera certificada, psicólogo clínico, trabajador social clínico. Para los servicios de telesalud, hemos ampliado mucho esa ventana. Cualquier profesional que trabaje en su ámbito de trabajo para el FQHC puede ofrecer el servicio. Y, también como Susan dijo anteriormente, cualquier servicio que se encuentre en la lista de servicios de telesalud de la lista de tarifas para médicos que se puede ofrecer durante el COVID puede ser ofrecido por el FQHC.

Corinne Axelrod ([18:05](#)):

Otra cosa que no creo que se haya mencionado es que no hay limitaciones de frecuencia. Por lo tanto, puede crear tantos servicios como sea apropiado en un día; no significa que pueda hacer un servicio de telesalud y luego decir: "Bueno, hay que colgar y volvernos a conectar", y luego facturar por dos visitas. No. No puede hacer eso. Pero si es médicamente apropiado y cumple con los requisitos, puede facturar al beneficiario más de una visita de telesalud al día. Así que esperamos que eso mitigue algunas de las preocupaciones sobre la tarifa de pago. Quiero volver a la pregunta sobre los \$92, esa es la tarifa. Pagamos temporalmente a la tasa como PPS solo porque nuestros sistemas necesitan ser reprogramados para esto y es algo muy complicado y difícil de hacer rápidamente.

Corinne Axelrod ([19:05](#)):

Entonces, las opciones eran: o tenemos a todos reteniendo sus reclamaciones y no se les paga, o le pagamos más de vez en cuando y luego recuperamos ese dinero. Entonces eso es lo que decidimos hacer. Ciertamente puede presentar sus reclamaciones si lo desea y Tracey hablará sobre esto en un minuto. Pero esa es la razón por la que lo hicimos de esta manera, porque sabemos que para muchos FQHC, retener las reclamaciones y no recibir el pago realmente no es una opción en este momento. Pero no quiero que piense que va a obtener la tarifa como PPS para la telesalud. Va a ser de \$92 y es por la duración de la emergencia de salud pública de COVID-19. Déjenme parar allí. Tracey, ¿querías agregar algo más?

Tracey Mackey ([19:53](#)):

Gracias, Corinne. Creo que cubriste la pregunta de la persona que llama, y no tengo nada más que añadir.

Susan Sumrell ([19:58](#)): Corinne.

Puedo responder una pregunta.

Ann Loeffler ([19:58](#)):

Bueno. Ya que
tenemos—

Susan Sumrell ([20:07](#)):

Oh. No, adelante. Lo siento. Habla Susan. Vi una pregunta entrar en la caja de chat, pero también he recibido esta pregunta. Solo iba a pedir que aclararas un poco más sobre lo que significa cualquier profesional. En la caja de chat dice: "¿Pueden las LPC facturar por servicios de telesalud a Medicare?". Y he tenido una pregunta sobre los servicios de facturación de enfermeras, si es que eso es apropiado dentro de su ámbito de trabajo. ¿Podrías aclarar eso un poco más, sobre lo que significa cualquier profesional?

Corinne Axelrod ([20:36](#)):

Por supuesto. Encantada. Cualquier profesional significa alguien, como una enfermera o un terapeuta o cualquier tipo de profesional, que esté trabajando dentro de su ámbito de trabajo. Por ejemplo, un FQHC podría facturar una visita de telesalud si una enfermera ofrece una consulta de E&M 99211. 99211 no suele ser una visita facturable por FQHC porque no requiere el nivel de habilidad de un profesional de FQHC. Pero para los servicios de telesalud durante la emergencia de salud pública (PHE), esa sería una visita facturable de telesalud. Así que no tenemos una lista de profesionales, y eso en realidad puede variar según el estado. Pero el profesional debe estar trabajando para el FQHC, ya sea como empleado o bajo un contrato directo, cualquiera de los dos. Y así, cualquier profesional autorizado para ofrecer el servicio puede hacerlo. Y eso sería un servicio facturable si está en la lista de telesalud.

Susan Sumrell ([22:00](#)):

Gracias, Corinne.

Ted Henson ([22:04](#)):

Tenemos muchas preguntas pidiendo aclaraciones sobre si la telesalud sigue siendo solo video o audio. ¿Puede ser solo audio?

Corinne Axelrod ([22:16](#)):

También hemos recibido muchas preguntas al respecto. Las únicas opciones que están disponibles en este momento son la telesalud, que es audio y video, o las comunicaciones virtuales que son realmente un poco diferentes. Como ya saben, las inicia el paciente, por lo que no son tan extensas como una consulta real. Continuamos analizando esta situación y espero poder ofrecer más flexibilidad pronto. Pero por ahora, las únicas cosas que están disponibles son los códigos de comunicación virtuales y la telesalud, que es tanto audio y video.

Ted Henson ([23:04](#)):

Excelente. Gracias. Gervean, ¿quieres tomarte un descanso de las preguntas y respuestas y pasar a Marty Bree ahora? Si Marty sigue en la línea.

Martin Bree ([23:16](#)): Sí.

Estoy en la línea.

Ted Henson ([23:20](#)):

Excelente. Marty, te entregamos la posta para que puedas pasar tus propias diapositivas. Avísanos si deseas que las pasemos por ti.

Martin Bree ([23:28](#)):

De acuerdo. Veamos. Tengo problemas para pasar las diapositivas.

Ted Henson ([23:49](#)): Marty,

presiona la flecha hacia

abajo.

Martin Bree ([23:52](#)):

Sí. Oh. Ahí está. Bien. Ahora funciona. Bien. Gracias. Muy bien. Sé que tengo 10 minutos, y eso es todo el tiempo que les quiero quitar para hablar sobre la cobertura de la FTCA y la telesalud durante la emergencia actual de COVID-19. Comencemos con un enunciado general en este momento con esta pregunta sobre la inmunidad contra demandas durante este periodo de tiempo. Es probable que muchos de ustedes sepan que hay una variedad de leyes en este momento que brindan una gran inmunidad a las demandas de los proveedores durante este periodo de tiempo. La Ley Federal de Cuidados recientemente aprobada tiene una inmunidad para los voluntarios que prestan servicios en la declaración de emergencia de COVID-19. Existe la antigua Ley de Preparación Federal que se implementó cuando el Secretario de los HHS declaró la emergencia de salud pública y que generó ciertos tipos de inmunidades en ciertas circunstancias para todos los profesionales que participan en la respuesta ante COVID-19. Muchos estados han creado nuevas inmunidades bajo la ley para aquellos que brindan respuestas a la emergencia de COVID-19, ya sean voluntarios o profesionales empleados. Así que hay una gran cantidad de cosas allí afuera. Pero recuerden, su cobertura bajo el programa de la Ley Federal de Reclamaciones por Responsabilidad Civil (FTCA) es su mejor cobertura. Y eso es en lo que quieren confiar. No quiero que piensen que tienen que confiar en otras coberturas que están disponibles para ustedes. Queremos que estén protegidos por el programa de la Ley Federal de Reclamaciones por Responsabilidad Civil.

Martin Bree ([25:51](#)):

Estos son los descargos de responsabilidad obligatorios que los abogados siempre ponen delante de sus diapositivas. Y aquí vamos con preguntas comunes relacionadas con la situación de COVID-19. La primera de ellas es: "¿Los centros de salud pueden involucrarse en actividades con pacientes que no pertenecen al centro de salud para prevenir, prepararse y responder al coronavirus?". Y lo que entendemos por un paciente que no pertenece al centro de salud es, si lo recuerdan, el manual de la FTCA que la HRSA publicó en 2011, que era la primera vez donde se definía al paciente que pertenece al centro de salud. Y para tener la protección del programa de la FTCA, deben atender a un paciente que pertenezca al centro de salud, con algunas excepciones. En este entorno actual, pueden estar fuera del centro de salud y pueden estar haciendo exámenes en otra ubicación, pueden estar atendiendo a pacientes en una instalación temporal establecida por un departamento de salud, todo tipo de entornos donde puede prestar servicios a pacientes que no pertenecen al centro de salud. Y la definición de la HRSA ha sido tradicionalmente "Alguien que accede a la atención en uno de sus locales es un paciente que pertenece al centro de salud". Si alguien no ha accedido a la atención en un centro de salud, generalmente no es un paciente que pertenezca al centro de salud. Entonces, ¿pueden los pacientes que pertenecen al centro de salud involucrarse en actividades con pacientes que no pertenecen al centro de salud? La respuesta es sí.

Martin Bree ([27:21](#)):

Claramente, la determinación particularizada que fue publicada por la HRSA, firmada por Jim Macrae hace aproximadamente dos semanas, está en la diapositiva. Básicamente habla de que pueden prestar servicios de detección, clasificación, pruebas, diagnóstico, tratamiento para las personas que no son pacientes establecidos del centro de salud, ya sea en persona o mediante la telesalud. Por lo que ahora puede brindar esa atención a través de la telesalud a un paciente que no pertenezca al centro de salud; eso está claro. ¿Pueden los proveedores prestar servicios de telesalud desde su hogar y aún estar protegidos por el programa de la FTCA? La respuesta es sí. Y si regresa a esas palabras en la determinación particularizada. Dice en una ubicación externa. Así que, sí, puede prestar servicios en una ubicación externa, que es su casa.

No hay prohibición, no hay palabras allí que les impida hacer eso. Pero si están prestando un servicio de telesalud desde casa, son médicos y trabajan desde casa, o enfermeras facultativas que trabajan desde casa, estas son cosas de las que desean estar al tanto. Y lo más importante, creo yo, es la cuestión del ámbito de trabajo. Probablemente sea un tema clave sobre cómo se tomarán estas decisiones sobre la cobertura en el futuro, siempre y cuando se presenten las reclamaciones.

Martin Bree ([28:55](#)):

Recuerde, básicamente tienen dos preguntas en torno a la cobertura. Una es: "¿Qué están ofreciendo? ¿Es una función médica, quirúrgica, dental o relacionada?". La otra es: "¿Actúan en su ámbito de trabajo?". El ámbito de trabajo lo determina el Departamento de Justicia, no la HRSA. La persona no tiene voz en eso, es el Departamento de Justicia quien toma la decisión. Uno. Dos, se tiene que aplicar la ley estatal. Por lo tanto, podría variar de estado a estado. Una situación de hecho en el estado A puede terminar estando dentro del ámbito de trabajo, pero la misma situación de hecho en el estado B puede no estarlo. ¿Sí? Es la ley con base en el estado. Cuando hablamos de que el profesional está en casa, si surge una reclamación, el Departamento de Justicia querrá ver su contrato de trabajo, la descripción de su puesto. El documento que sea que describa el ámbito de su trabajo. Quiere ver los documentos que le facilita ese privilegio. Así que ustedes querrán asegurarse de tener algún escrito que demuestre que su trabajo desde casa es parte de su ámbito de trabajo. Es posible que puedan modificar su contrato de trabajo. Pueden escribir un correo electrónico. Puede ser a través de un correo electrónico para indicarle a la persona que trabaje desde su casa o que apruebe trabajar desde su casa. Pero la conclusión aquí es que queremos algo por escrito que demuestre que trabajar desde casa y prestar servicios de telesalud desde casa está dentro de su ámbito de trabajo.

Martin Bree ([30:30](#)):

Segundo. Las licencias. Y esta es una especie de vía de doble sentido. Es posible que su casa se encuentre en otro estado. No está fuera del ámbito de lo posible. Si se encuentran en el estado A y prestan servicios a una persona que se encuentra en el estado B, deben tener una licencia para el estado B. Pero, ¿tienen que tener una licencia en el estado A para prestar ese servicio de telesalud al paciente en el estado B? Necesitamos saber cuáles son las leyes de licencias de los estados con los que están involucrados. Ahora, sepan que muchos estados han cambiado temporalmente sus requisitos de licencia solo por esta razón, para que los profesionales puedan prestar el servicio de telesalud más fácilmente. Así que necesitan estar familiarizados con eso. Si va al sitio web de la Federación de Juntas Médicas Estatales, allí tiene mucha información al respecto. Puede que tenga un enlace aquí. Señores, no olviden que necesitan obtener el consentimiento informado, incluso si se trata de una consulta de telesalud. Necesitan el consentimiento informado para el mecanismo real y el consentimiento informado para proporcionar el tratamiento. Para mantener registros. Necesitan mantener registros de sus terceros pagadores. Necesitan mantener registros para defenderse ante cualquier reclamación que pueda surgir. Si está atendiendo a pacientes que no pertenecen al centro de salud, de los que hablamos antes, posteriormente tendría que registrarlos y crear un registro para ellos.

Martin Bree ([32:07](#)):

Bien. Otra pregunta. "¿Podemos ver, por medios de telesalud, a un nuevo paciente para la detección de COVID-19 por primera vez desde la casa del paciente?". La respuesta a esa pregunta es sí. Ustedes pueden estar cubiertos bajo la FTCA para un examen de detección de un paciente que no pertenece al centro de salud a través del teléfono cuando el paciente está en su casa. Esta determinación particularizada otorga habilidades generales para brindar atención a pacientes que no pertenecen al centro de salud. Veamos. "¿Podemos ver, a través de la telesalud, a un nuevo paciente para servicios de salud que no sean de COVID-19?". Nuevamente, sí. Pueden ver a un nuevo paciente para recibir servicios de atención médica que no sean de COVID-19 a través de telesalud. Y la razón de esto es un poco más complicada. Pero si vuelven al manual de la FTCA y observan la definición de paciente que pertenece a un centro de salud, verán que hay una tercera forma de convertirse en paciente de un centro de salud y eso es a través del triaje. Los servicios se prestan en persona o por teléfono.

Y la HRSA utiliza esas palabras: "Prestar servicios de triaje en persona o por teléfono". Y luego tener la intención de registrar al paciente, y eso hace que esa persona sea paciente del centro de salud. A pesar de que no ha entrado físicamente en el centro de salud.

Martin Bree ([33:35](#)):

Bien. Bajemos aquí. "¿Podemos prestar servicios a través de telesalud a pacientes que se encuentran en un estado diferente?". A veces, y sé que esta pregunta ya ha surgido, hemos recibido esta pregunta por parte de los clientes. Que los pacientes han regresado a otro estado para estar con sus padres durante este periodo de tiempo o para cuidar a su pariente o lo que sea, y no están en el estado donde viven y donde está el centro de salud. ¿Se puede prestar servicios a través de la telesalud? Nuevamente, deben conocer las leyes del estado donde se encuentra el paciente. ¿Sí? Y para ver si requerirían que ustedes tengan una licencia en ese estado para prestar ese servicio. Y nuevamente, muchos estados, muchos estados, la mayoría probablemente, han flexibilizado sus requisitos en torno a esa cuestión. Así que consulten con esos estados. Cuando hablamos de esto con la HRSA, no fue realmente un problema para la HRSA. Su postura es: "¿Cómo saber dónde está el paciente en una consulta de telesalud?". Y si bien eso tiene algo de sentido, mi mayor preocupación es dentro de dos años, cuando el Departamento de Justicia se haga cargo de una reclamación y usted tenga a un joven y emprendedor Fiscal de los Estados Unidos que está tratando de ahorrar dinero al gobierno y está buscando formas de negar la cobertura. Por eso queremos asegurarnos de que estamos siguiendo las leyes de licencias del estado donde se encuentra el profesional y el estado donde se encuentra el paciente.

Martin Bree ([35:06](#)):

Bien. Esos son los grandes problemas relacionados con la telesalud y la FTCA. Es un territorio complejo en constante evolución. La HRSA está publicando preguntas frecuentes, han revisado la política de aprobación de locales temporales, por lo que esto es un proceso dinámico. Permítanme concluir diciendo que creemos que mucho, si no todo lo que van a hacer durante este periodo de emergencia, debería estar cubierto por la FTCA. El estatuto es muy simple, dice que deben proporcionar funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas, actuando dentro del alcance del proyecto. Eso es lo que dice el estatuto. La única regulación relevante dice que las actividades en las que estén participando deben estar relacionadas con el programa de subvenciones. Bien. Y así de básico es eso. Así que estamos bastante seguros de que gran parte de lo que va a hacer estará cubierto. Solo tenga en cuenta que la documentación será importante en este futuro, porque si surge una reclamación en el futuro, necesitamos tener registros de lo que ocurrió durante el encuentro. Ya sea un examen de detección u otra cosa. Y aquí hay información de contacto. Pido disculpas porque Molly no pudo estar con nosotros. Acabábamos de terminar un webinar que habíamos estado haciendo y ella está resolviendo algunas preguntas al respecto en este momento. Así que eso es.

Gervean Williams ([36:48](#)): Muchas gracias, Marty.

Martin Bree ([36:49](#)):

No hay problema.

Gervean Williams ([36:50](#)):

Vamos a pasar a Ann para que administre nuestras preguntas y respuestas.

Martin Bree ([36:52](#)):

Bien. Y tengo unos minutos más— Ann

Loeffler ([36:59](#)):

Bien. Excelente. Creo que esta pregunta es para los CMS. "¿Puede por favor aclarar acerca de cuándo utilizar el modificador y cuándo usar el código G? ¿Y cómo se ajustarán los pagos?". Solo voy a leer una pregunta más en esa categoría similar: "En el SE0016, dice que use el modificador 95 y la factura como de costumbre, luego del 1 de julio es el G225. ¿Hay alguna pregunta frecuente sobre ejemplos de facturación o una guía de referencia con la que pueda compartir una directiva?".

Tracey Mackey ([37:36](#)):

Habla Tracey. ¿Puede escucharme? Yo la responderé y solo quiero decir—

Ann Loeffler ([37:41](#)):

Yo puedo,

Tracey Mackey ([37:41](#)):

... Gracias. Solo quiero decir que estamos en el proceso de actualizar nuestras preguntas frecuentes en ese artículo de Med Learn Matters para poner algunos ejemplos. Pero creo que antes alguien tenía una diapositiva con los ejemplos de facturación. No sé si podríamos ponerla nuevamente con fines ilustrativos. Desde el 27 de enero hasta el 30 de junio, hasta que se actualicen los sistemas, pagaremos la tarifa como PPS. Y para pagar eso, usted facturaría normalmente. Facturaría con el código G de FQHC con una consulta que califica. En la línea de visita, colocará 95 y eso nos haría saber que está facturando por servicios de telesalud hasta que se actualice el sistema. Y luego facturaría una línea adicional con su código G2025. Después de que el sistema se actualice en julio, su MAC volverá automáticamente y reprocesará esa reclamación. Lo que va a ocurrir es que en esa línea de código G de FQHC, donde aplica el pago FQHC, no se descubrirá esa línea y luego su reclamación pagará por el código G de telesalud. Sé que es un poco confuso, pero eso es lo que va a suceder. Se tomará el reclamo, se ajustará en masa y descontará el pago de PPS y se le dará los \$92.

Ann Loeffler ([39:02](#)):

Excelente. Gracias. ¿Alguien más en el panel quiere intervenir? Bien. Excelente. Estábamos hablando de ofrecer consultas de telesalud desde el hogar del proveedor. Recibimos muchas preguntas sobre qué ubicación colocar en la reclamación.

Tracey Mackey ([39:22](#)):

Habla Tracey de nuevo. En las reclamaciones institucionales, no hay un código de lugar de servicio. No tiene que indicar una ubicación, simplemente la facturaré en su tipo de factura 77X, que es el tipo de factura de FQHC.

Ann Loeffler ([39:44](#)):

Excelente. Y, "¿Debería documentarse la ubicación, la ciudad y el estado del paciente en el registro de visitas del paciente?".

Corinne Axelrod ([39:58](#)):

No creo que tengamos ninguna orientación al respecto, pero probablemente sea una buena idea.

Ann Loeffler ([40:08](#)):

Gracias. Y estamos recibiendo muchas preguntas sobre consultas telefónicas versus audio y video. Solo voy a leer algunas. "¿Se requiere el G2025 para las consultas telefónicas?".

Corinne Axelrod ([40:31](#)):

¿El G2025 es para consultas de telesalud? Que es tanto audio como visual en este momento. Como dije antes, en este momento lo único que está disponible son las consultas de telesalud y los códigos de comunicación virtual. Pero estamos viendo lo que podemos hacer con respecto al pago para teléfono... No sé si las llamarían consultas o lo que sea y esperamos tener más información sobre eso pronto, pero no hay mucho que podamos decir en este momento.

Ann Loeffler (41:13):

Bien. Hay una pregunta similar: "¿Qué tarifa debemos asociar al G2025?".

Corinne Axelrod (41:22):

Lo siento. ¿Puedes repetir la pregunta?

Ann Loeffler (41:25):

Por supuesto. "¿Qué tarifa debemos asociar al G2025?".

Corinne Axelrod (41:33):

Tracey, ¿querías responder eso?

Tracey Mackey (41:38):

¿Nos puede aclarar un poco eso? No sé si se refiere a los cargos presentados, pero la tarifa para G2025 será de \$92. Esa será la tarifa.

Corinne Axelrod (41:55):

Me preguntan cómo deberían establecer—

Ann Loeffler (41:57):

Bien. Sí. Creo que eso responde la pregunta.

Corinne Axelrod (42:05): Sí.

Bien.

Ann Loeffler (42:06):

Tenemos una pregunta sobre problemas tecnológicos al usar aplicaciones de video. "Si la visita no se completa con éxito debido a problemas de video, ¿Medicare hará el pago si se documenta correctamente?".

Corinne Axelrod (42:22):

Habla Corinne. Creo que hay algunas preguntas frecuentes que se están desarrollando que abordarán esa pregunta. Así que no tengo la respuesta ahora, pero creo que pronto tendremos una respuesta sobre eso. Porque probablemente no es un hecho inusual.

Ann Loeffler (42:45):

Bien. Excelente. Tenemos una pregunta sobre pacientes indocumentados. "¿Los inmigrantes indocumentados son elegibles para el nuevo programa para no asegurados de COVID-19?". Les vamos a dar una pausa, CMS. Así que esta es para ti, Marty. Si todavía sigues en la línea.

Corinne Axelrod (43:16):

Habla Corinne. Hablando por Tracy y por mí, esto no está en nuestra área, así que no es algo que podamos responder.

Ann Loeffler (43:26):

Marty, ¿sigues allí?

Martin Bree (43:30): Sí. Sí,

yo—

Ann Loeffler (43:31):

Bien. Oh. Ahí estás. Bien. Excelente. ¿Escuchaste la pregunta?

Martin Bree (43:38):

¿Podrías repetírmelo?

Ann Loeffler (43:40):

Sí. Por supuesto. La pregunta es: "¿Los inmigrantes indocumentados son elegibles para el nuevo programa para no asegurados de COVID-19?".

Martin Bree (43:49):

No sé la respuesta a eso. Eso está un poco fuera de mi terreno.

Ann Loeffler (43:56):

Bien. Una pregunta más para ti, Marty. Les vamos a dar una pausa, CMS. "¿Los pacientes no asegurados que califican para la Escala de tarifas variables son elegibles para el nuevo programa para no asegurados de COVID-19?".

Martin Bree (44:12):

Esa es otra variación de la misma pregunta. Y creo que las preguntas las tendría que remitir a Marcie. No me gustaría opinar sobre eso sin consultar con ella. Sí quiero saber—

Gerveen Williams (44:32):

Habla Gerveen de NACHC. Feldesman Tucker y NACHC están trabajando en investigar eso, así que estén atentos a nuestra página web sobre COVID-19 para obtener información actualizada al respecto.

Ann Loeffler (44:43):

Excelente. Gracias. "Si los contratos de trabajo o las descripciones de puestos se actualizan después de que la prestación de servicios de telesalud desde el hogar haya comenzado, ¿será un problema? A veces el proceso de aprobación oficial lleva tiempo".

Martin Bree (45:02):

Eso depende de dónde se encuentre y en qué estado se encuentre. Por lo general, los contratos de trabajo no tienen que ser por escrito. La mayoría de los estados no necesariamente requieren que los contratos de trabajo sean por escrito.

Por lo general, los contratos inmobiliarios deben ser por escrito. Los contratos inmobiliarios deben ser por escrito para ser aplicables, pero no los contratos de trabajo. Así que, en teoría, podría modificar su contrato de trabajo a través de una conversación entre las dos personas. La dificultad que tiene allí es en el futuro, argumentando que "Sí. Tuvimos esta conversación y modificó el contrato de trabajo". Es por eso que siempre decimos que por escrito es más importante; un correo electrónico entre el centro de salud y el médico y el contrato del médico por correo electrónico que diga: "Sí. Trabajaré desde casa. Sí. Trabajaré desde casa". Eso debería ser suficiente para demostrar que existía un contrato. Que hubo un acuerdo, una reunión de las mentes. Si tiene un sistema que requiere que los cambios en cualquier contrato tengan que ser aprobados de tal manera que tome un largo periodo de tiempo, eso podría ser un problema.

Ann Loeffler ([46:25](#)):

Claro. Gracias. Y haremos una pregunta más y luego te devolveré la palabra, Gervean. "¿Se requiere que los FQHC utilicen softwares aprobados como Skype o Zoom para los servicios de telesalud?".

Corinne Axelrod ([46:42](#)):

Habla Corinne. No sé la respuesta a eso. Creo que en el pasado eso era cierto, pero no estoy segura de que sea necesario en este momento. Pero ciertamente podemos intentar hacer un seguimiento de eso.

Ann Loeffler ([46:57](#)):

Excelente. Gracias. Ted, te devuelvo la palabra.

Ted Henson ([47:03](#)):

Gracias, Ann. Había un par de preguntas relacionadas con facturaciones el mismo día. Eso es para CMS. Solo las leeré también. "¿Se puede facturar una consulta presencial regular y una de telesalud el mismo día?". Y luego otra pregunta fue: "Si tenemos un paciente que tiene una cita de telesalud con un proveedor médico y luego una cita con el proveedor de salud conductual el mismo día, ¿podemos generar ambos servicios y recibir el reembolso de ambos?".

Corinne Axelrod ([47:19](#)):

En su primera pregunta, ¿era el mismo paciente que tendría tanto una consulta en persona y una consulta de telesalud? ¿O está hablando de dos pacientes diferentes?

Ted Henson ([47:19](#)):

Lo interpreté como el mismo paciente.

Corinne Axelrod ([47:19](#)):

Bien. No creo que hayamos pensado en eso, pero es una gran pregunta. La estoy anotando e intentaremos obtener una respuesta para eso.

Ted Henson ([47:19](#)):

Excelente. Y luego la otra pregunta fue: "Si tenemos un paciente como una cita de telesalud con el proveedor médico y luego una cita con el proveedor de salud conductual el mismo día". Ambos son de telesalud, no uno de telesalud y uno en persona. ¿Se les puede reembolsar por ambos servicios?"

Corinne Axelrod ([48:13](#)):

Sí, porque no hay límites para la cantidad de visitas de telesalud que se puede tener en un día.

Ted Henson ([48:25](#)):

Bien. Excelente. Bueno, estamos llegando a la hora. Parece que todavía tenemos preguntas que llegan. Una más, lo siento, para los CMS. "¿Podemos obtener aclaraciones de nuevo sobre el código G2025, qué cargo colocar por eso? ¿Son los \$92?".

Tracey Mackey ([48:52](#)):

Habla Tracey. La tarifa es de \$92. Por lo general, no les decimos a los proveedores qué cargos deben facturar, pero la tarifa que pagará CMS es de \$92,03. El cargo es a su discreción.

Ted Henson ([49:07](#)):

Bien.

Gervean Williams ([49:09](#)):

Diría que tendría que tomar en consideración, ver los diferentes servicios de telesalud, el costo y las tarifas vigentes; es un desafío en este momento, pero veré la llamada de sus centros de salud y usaré eso para averiguar para qué va a establecer ese cargo.

Ted Henson ([49:31](#)):

Gracias, Gervean. Y minutos finales, una pregunta más. Siento que esto ha surgido un par de veces: "Si un médico o enfermera facultativa atiende a un paciente a través de telesalud, y el paciente regresa más tarde ese día para que le hagan pruebas de laboratorio. ¿Cómo factura el centro de salud por eso?".

Corinne Axelrod ([49:51](#)):

Creo que eso se facturaría de la misma manera que siempre facturaría por las pruebas de laboratorio. Las pruebas se incluyen en una consulta, pero no se pueden facturar por separado. Si no hay una consulta facturable, entonces no hay pago por la recolección en el laboratorio. Así que es realmente lo mismo que siempre se factura. No creo que haya ninguna diferencia.

Ted Henson ([50:18](#)):

Ajá (afirmativo). Gracias.

Gervean Williams ([50:28](#)):

Yo sé—

Ted Henson ([50:29](#)):

Tenemos muchas preguntas que seguiremos—

Gervean Williams ([50:36](#)):

Recopilaremos todas las preguntas y nos aseguraremos de responderlas con las preguntas frecuentes. Sé que Corinne tuvo que ausentarse a las tres. Y quiero tomarme un momento para darle un reconocimiento y agradecerle por todo su arduo trabajo y apoyo a los FQHC a lo largo de su carrera en los CMS. Realmente la extrañaremos.

Corinne Axelrod ([50:53](#)):

Muchas gracias. Ha sido un placer trabajar en los FQHC. Me jubilaré en un par de días, así que estoy muy emocionada por eso. Pero definitivamente extrañaré trabajar con los FQHC, he sido muy afortunada en mi carrera para ser capaz de poder hacerlo. Y realmente siempre me ha inspirado ver el trabajo que haces y la pasión que tienes, así que me siento muy afortunada de haber podido trabajar en los FQHC en el gobierno federal. Y les deseo todo lo mejor y espero que todos se mantengan saludables. Gracias.

Gervean Williams ([51:32](#)):

Muchas gracias, Corinne, Tracy, Marty, Susan y todos nuestros presentadores hoy. Y gracias a los que están afuera, realmente los apreciamos. Y cualquier cosa que podamos hacer en NACHC para ayudarlos, simplemente comuníquense y avísennos. Que todos tengan un buen resto del día. Cuídense.