

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Agosto 2013



Una nación unida con una meta compartida. Todos los MAC unen fuerzas.

La Parte A/B de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) comparten una meta común para reducir la tasa de error de pago nacional de Medicare según medido por el programa de pruebas integrales de tasas de error (Comprehensive Error Rate Testing, CERT). Recientemente, los MAC juntaron fuerzas para educar sobre problemas de interés mutuo en relación a errores de reclamación. La asociación llevó a la creación de CERT A/B Contractor Task Force (grupo de trabajo del contratista de CERT A/B) con el apoyo total de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta nueva asociación les ofrece a los proveedores el beneficio de una voz de colaboración, consistente para reducir costosos rechazos de reclamaciones así como también la tasa de error de CERT.

El grupo de trabajo del contratista de CERT A/B servirá para mejorar, no reemplazar, las actividades educativas en curso por CMS, el Medicare Learning Network (MLN), y los MAC en sus jurisdicciones. Los proveedores pueden identificar los esfuerzos educacionales del grupo de trabajo del contratista de CERT A/B por la identidad clara de su logo, el cual representa la visión unida del grupo de trabajo:

Estrategia educativa

El grupo de trabajo del contratista de A/B CERT

En esta edición

Actualización de octubre 2013.....	3
Mandatorio el reporte del número de investigación....	5
Medicare publica las normas.....	8
No pierda la oportunidad de evaluar a su MAC.....	10
Nuevos códigos sólo de pagador añadidos.....	18
Nuevos requerimientos de reporte de datos	19
Norma de pagos de hospitalización 2014.....	21
Cambios de codificación a procedimientos.....	37
Cambios de modificación para el TC.....	39

seleccionará uno de cuatro temas importantes nacionales de CERT cada año. Los temas pueden enfocarse en múltiples tipos de proveedores, o enfocarse en ciertas especialidades o tipos de centros. El grupo entonces publicará periódicamente artículos conducidos por la situación con consejos enfocados en evitar errores específicos. Cada contratista también resaltará los escenarios en cualquiera de sus actividades educativas individuales.

Cada contratista presentará una página dedicada en su sitio Web para el grupo de trabajo del contratista de CERT A/B y sus comunicaciones. Los proveedores podrán acceder a todas las comunicaciones para el grupo de trabajo en esta página. Los proveedores de First Coast Service Options pueden acceder su página en: <http://medicareespanol.fcso.com/Landing/206522.asp>.

El grupo de trabajo del contratista de CERT A/B espera con interés colaborar para reclamaciones y documentación de Medicare libre de costo con proveedores, asociaciones y sociedades en todo el país.

Cordialmente,

Cahaba Government Benefit Administrators, LLC/J10

(Continúa en la página 8)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Actualización de octubre 2013 del código de taxonomía.....	3
Solicitando un duplicado de la remesa de pago.....	3
Denegaciones de inscripción cuando existe un pago en exceso.....	4
CMS agrega nuevos códigos de denegación.....	4
Actualización de octubre de la base de datos de 2013 de MPFSDB.....	5
Mandatorio el reporte del número de investigación.....	5
Conversión de la dosis a las unidades facturadas por rituximab y bevacizumab	6
Prescripción de marcas específicas bajo el programa DMEPOS.....	7
Actualización sobre problemas de procesamiento con las reclamaciones MSP.....	7
Medicare publica las normas para el paquete de pagos.....	8
Redacción de HICN en MRN.....	9
Actualización del manual con respecto a la devolución de los pagos en exceso.....	9
Tomografía por emisión de positrones.....	10
No pierda la oportunidad de evaluar a su MAC.....	10
Requerimientos para presentación de reportes funcionales.....	11
CMS crea aplicaciones para dispositivos móviles.....	11
Módulos de capacitación para proveedores OPEN PAYMENT.....	12
Actualización trimestral de julio para la tarifa fija de DMEPOS 2013.....	12
Actualización anual de la tasa por entrega del factor de coagulación.....	13
CMS emite una actualización sobre reclamaciones de beneficiarios encarcelados.....	13
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	13
Próximos eventos educacionales.....	14

Parte A

Ahorre tiempo y dinero – resuelva el código de denegación N5052.....	15
Reclamaciones devueltas a proveedores por el código de denegación 31182.....	15
Facturación correcta de Aprepitant (J8501).....	16
Auditorías identificarán los códigos complementarios.....	17
Nuevos códigos sólo de pagador añadidos.....	18
CMS comienza la implementación de reducciones de pagos.....	18
Nuevos requerimientos de reporte de datos para reclamaciones de hospicio.....	19
Respuesta informativa no solicitada para transferencias de hospital a hospital.....	19
CMS publica archivos de datos para determinar el ajuste.....	20
La 'línea de servicio extendida' mejora las opciones de servicio al cliente.....	20
Norma de pagos de hospitalización 2014.....	21
Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE).....	24
CMS añade a los centros de la Costa del Pacífico al PPS de ESRD.....	24

Gráficos

Datos procesamiento de reclamación	26
--	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A	29
Contactos Parte A de Puerto Rico	34
Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos	35

Parte B

Servicios de E/M facturados con los códigos CPT® 95115-95199.....	36
Cambios de codificación a procedimientos diagnósticos	37
¿Cuándo recolectar el deducible de un beneficiario?.....	38
Dándose de baja de Medicare y/o seleccionando ordenar y referir servicios.....	38
Cambios de modificación para el TC de los servicios de patología.....	39

Gráficos

Datos procesamiento de reclamación.....	40
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B	43
Ordenar materiales de Parte B.....	50
Contactos Parte B de Puerto Rico.....	51
Contactos Parte B de Florida.....	52
Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	53

Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 8
Agosto de 2013

Publications staff

Kathleen Cruz
Sofía Lennie
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT codes, descriptors, and other data only are copyright© 2012 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2012 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party websites:

This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. First Coast does not control such sites, and is not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

All stock photographs are used by permission from www.shutterstock.com.

EDI

Actualización de octubre 2013 del código de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8417
Número de petición de cambio relacionado: 8417
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2762
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

El conjunto de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC) es mantenido por el National Uniform Claim Committee (comité nacional de reclamación uniforme, NUCC) para la clasificación estandarizada de los proveedores del cuidado de la salud. El NUCC actualiza el conjunto de códigos dos veces al año con cambios efectivos el 1 de abril y el 1 de octubre.

La petición de cambio 8417 implementa el conjunto de códigos que es efectivo el 1 de octubre de 2013.

Al revisar el conjunto de HPTC en línea, las revisiones hechas desde la última versión pueden ser identificadas por el código de colores: artículos nuevos son color verde, artículos modificados son color naranja, y artículos inactivos son color rojo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8417.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8417, 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/R2762CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2762, CR 8417

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.

Solicitando un duplicado de la remesa de pago

Algunas veces First Coast recibe solicitudes para un duplicado de las notificaciones de remesas de Medicare (MRN), también conocidas como resumen de Medicare (MSN).

Los socios comerciales quienes están presentando directamente a través del EDI Gateway utilizando su propio número de remitente y reciben remesas de pago electrónicas (ERA) pueden utilizar la [Solicitud de recargo de remesa para X12 v5010](#).

Los proveedores quienes están enviando/recibiendo archivos a través de una casa de facturación deben contactar la casa de facturación para cualquier solicitud de recarga. Los proveedores también pueden descargar un software libre de costo para obtener las ERA.

¿Cómo obtengo el software libre de costo?

- Para los proveedores de Parte A, descargue el [PC-Print Software](#).

- Para los proveedores de Parte B, descargue el [MREP software](#).

¿Y si recibo las notificaciones de remesas en papel?

Los contratistas de Medicare no proveen rutinariamente duplicados de remesas en papel (remesa de pago en papel o SPR). Los proveedores quienes reciben SPR pueden contactar a servicio al cliente para duplicados *si los originales nunca fueron recibidos o se perdieron debido a un desastre natural*. (**Nota:** Servicio al cliente sólo puede enviar los duplicados a la dirección impresa en la SPR. Además, las solicitudes de la Parte A tienen que ser hechas dentro de 30 días de la fecha de la remesa; si no, hay una tarifa de \$25 por duplicados.)

Recomendamos que utilice ERA. [Haga clic aquí](#) para contestaciones a preocupaciones que pueda tener sobre ERA, o [haga clic aquí](#) para ver las FAQ de ERA.

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

Facturación

Denegaciones de inscripción cuando existe un pago en exceso

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

Resumen

Nota: Este artículo ha sido anulado debido a la petición de cambio relacionada (CR) haber sido anulada. La CR y artículo serán reemplazados más adelante.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8039, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R469PI.pdf>.

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

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

CMS agrega nuevos códigos de denegación de ajuste de reclamación para la reducción del presupuesto federal

Número de *MLN Matters*: MM8378
 Número de petición de cambio relacionado: 8378
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de julio de 2013
 Fecha de efectividad: 3 de junio de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2739CP
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) agregaron recientemente los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) 253 para todos los pagos de Medicare reducidos debido al secuestro del presupuesto federal, o a los recortes presupuestarios establecidos.

Es un llamado de secuestro para todas las reclamaciones del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare, con fechas de servicio o fechas de alta médica a partir del 1 de abril de 2013, a incurrir en una reducción del dos por ciento en el pago. CMS previamente asignó el CARC 223 para explicar los ajustes en los pagos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8378.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8378, 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/R2739CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2739, CR 8378

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

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

Número de *MLN Matters*: MM8386
Número de petición de cambio relacionado: 8386
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2754CP
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8386, la cual instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar la nueva base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB).

Otros cambios incluyen lo siguiente:

- Adición del código de procedimiento G9187
- Fecha efectiva revisada para el código de procedimiento G0460

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

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

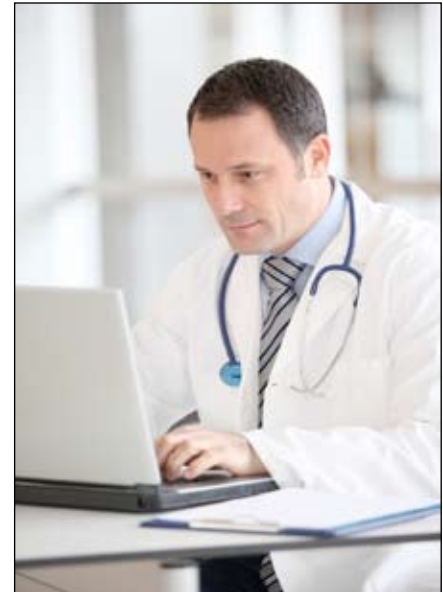
Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8386.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8386, 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/R2754CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2754, CR 8386

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.



Mandatorio el reporte del número de investigación o prueba clínica de 8 dígitos

Número de *MLN Matters*: MM8401
Número de petición de cambio relacionado: 8401
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2758CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8401 provee detalles sobre el requerimiento mandatorio de reportar el número de investigación o prueba clínica en reclamaciones por artículos y servicios provistos en investigaciones o pruebas clínicas que son calificadas para cobertura según especificado en la sección 310.1 del *Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual*. El número de investigación o prueba clínica a ser reportado es el mismo número asignado por la National Library of Medicine (biblioteca nacional de medicina, NLM) y ha sido

(Continúa en la página siguiente)

Mandatorio... (continuación)

voluntariamente reportado desde 2008.

Nota: Las reclamaciones de la Parte B de Medicare con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014, que no contengan el número de prueba clínica de 8 dígitos serán devueltas como no procesables.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8401.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8401, 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/R2758CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2758, CR 8401

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.

Conversión de la dosis a las unidades facturadas por rituximab y bevacizumab

Número de *MLN Matters*: SE1316 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

Resumen

Este artículo provee instrucciones sobre cómo hacer la conversión de aquellos medicamentos de alto costo a las unidades adecuadas de tal forma que, la cantidad administrada, sea consistente con las unidades facturadas. Los proveedores deberán diferenciar entre las unidades facturadas versus los miligramos facturados en estos medicamentos de alto costo. Para ilustrar los problemas identificados, el artículo incluye ejemplos de reclamaciones revisadas para rituximab y bevacizumab.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1316.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1316

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

Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

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

Información general

Prescripción de marcas específicas bajo el programa de oferta competitiva DMEPOS

¿Usted ordena o refiere a los beneficiarios de Medicare los artículos incluidos en el programa de oferta competitiva del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS)? Si es así, este es un recordatorio para usted en el cual los requerimientos de los proveedores, para suministrar productos de acuerdo con la prescripción, siguen siendo aplicables bajo el programa. Además, el programa incluye una medida de seguridad especial para el beneficiario la cual garantiza que los beneficiarios tengan acceso a marcas específicas o formas de suministro de los artículos de la oferta competitiva, cuando sea necesario, para evitar un resultado médico adverso. Esta medida de seguridad, que a veces se llama el proceso de autorización del médico, permite al médico (incluyendo un médico podiatra) o el profesional de la salud tratante (por ejemplo, un asistente médico, especialista en enfermería clínica o un practicante de enfermería) prescribir una marca específica, o la forma de suministro, para evitar un resultado médico adverso. El médico o profesional de la salud tratante deben documentar en el expediente médico del beneficiario la razón por la cual es necesaria una marca específica, o la forma de suministro, para evitar un resultado médico adverso.



Si el médico o profesional de la salud tratante prescriben una marca específica o la forma de suministro para un beneficiario, con el fin de evitar un resultado médico adverso, el proveedor contratado debe, como un término de su contrato, asegurarse de que el beneficiario recibe el artículo necesario. Si el contrato del proveedor no proporciona normalmente la marca específica o la forma de suministro, y no se puede obtener una prescripción médica revisada o localizar otro proveedor de contrato que suministre el artículo necesario, el proveedor contratado deberá proporcionar el artículo tal como fue prescrito. Medicare realizará el pago único de la cantidad para los artículos cubiertos en la oferta competitiva proporcionados a través del proceso de autorización del médico.

Para mayor información sobre 'Physician Authorization Process' (proceso de autorización del médico), por favor consulte [Referral Agents Fact Sheet](#) en el sitio Web de CMS.

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

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

Actualización sobre problemas de procesamiento con las reclamaciones de Medicare como pagador secundario

Esta es una actualización sobre el problema de procesamiento relacionado a reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP) siendo rechazadas con códigos de denegación 39071, 39072, o 39073. First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha liberado con éxito la mayoría de las reclamaciones retenidas. Sin embargo, todavía hay una pequeña cantidad de reclamaciones que no se están procesando en su totalidad. First Coast está trabajando estrechamente con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y quienes mantienen el sistema para resolver este problema. **Un arreglo en el sistema está siendo trabajado y programado para el 7 de octubre.**

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

Una nación... (continuación)

CGS Administrators, LLC/J15

First Coast Service Options, Inc./J9

National Government Services, Inc./J6 & JK

NHIC, Corp/J14

Noridian Healthcare Solutions, LLC/JF

Novitas Solutions, Inc./JL & JH

Palmetto GBA/J1 & J11

Wisconsin Physicians Service Insurance Corporation/J5, J8, & T18

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

Medicare publica las normas para el paquete de pagos para el mejoramiento del cuidado modelo 4

Número de *MLN Matters*: MM8070

Número de petición de cambio relacionado: 8070

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de junio de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1251OTN

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están conduciendo un programa piloto para poner a prueba el paquete de pagos por los servicios que reciben los pacientes durante un sólo episodio de cuidado, tal como una cirugía de revascularización cardíaca o un reemplazo de cadera. El programa de paquete de pagos para el mejoramiento del cuidado (BPCI) pretende animar a los doctores, hospitales, y otros proveedores del cuidado de la salud a trabajar juntos para coordinar mejor el cuidado de los pacientes.

CMS recientemente publicó las normas para los proveedores que están participando en su programa piloto BPCI modelo 4. El episodio de cuidado es definido como la hospitalización de cuidados intensivos e incluye servicios de hospitalización, servicios de la Parte B provistos durante la hospitalización, y servicios de hospital y Parte B para readmisiones relacionadas.

Los hospitales que participen en la iniciativa del modelo 4 recibirán un paquete de pago establecido de forma prospectiva de acuerdo con los grupos de diagnósticos severos relacionados de Medicare (Medicare severity diagnosis related groups, MS-DRG). Este pago incluirá el pago de DRG para el hospital y una cantidad fija para los servicios de Parte B anticipados a ser prestados durante la admisión.

El artículo de *MLN Matters*® MM8070, en el cual se basa este resumen, resume la implementación de la iniciativa del modelo 4 de Medicare. El artículo trata temas relacionados a readmisiones, transferencia de reclamaciones, remesa de pago, presentación de reclamaciones, y elegibilidad del beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8070.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8070, 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/R1251OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1251, CR 8070

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.

Redacción de HICN en MRN

Número de *MLN Matters*: MM8268

Número de petición de cambio relacionado: 8268

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de julio de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1258OTN

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

En un esfuerzo para proteger la información de identificación personal, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están solicitando que todos los contratistas redacten el número de reclamación del seguro de salud (HICN) en la notificación de redeterminación de Medicare (MRN).

El HICN será redactado reemplazando cinco valores o más del HICN con X o asteriscos (*) mostrando los últimos cuatro o cinco dígitos del HICN. Esto aplica a los HICN con dígitos alfa y numéricos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8268.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8268, 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/R1258OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1258, CR 8268

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

Actualización del manual con respecto a la devolución de los pagos en exceso

Número de *MLN Matters*: MM8347

Número de petición de cambio relacionado: 8347

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2013

Fecha de efectividad: 3 de septiembre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R224FM

Fecha de implementación: 3 de septiembre de 2013

Resumen

Los cambios al capítulo 4 del manual Medicare Financial Management, incluyen las instrucciones del contratista para la notificación y el proceso de recuperación de pagos en exceso. Si el reembolso de fondos en el plazo requerido de 30 días es una dificultad para el proveedor, el proveedor puede presentar una solicitud de plan de pago extendido con:

- El contratista para un máximo de 6 a 36 meses, o
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para un máximo de 60 meses

Los contratistas y/o personal de la oficina regional de CMS revisarán la solicitud para determinar si se justifica un calendario de reembolso extendido.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8347.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8347, 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/R224FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 224, CR 8347

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.

Tomografía por emisión de positrones

Número de *MLN Matters*: MM8381

Número de petición de cambio relacionado: 8381

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2013

Fecha de efectividad: 7 de marzo de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2750CP y R156NCD

Fecha de implementación: 3 de septiembre de 2013

Resumen

La petición de cambio 8381 actualiza dos manuales de Medicare para reflejar que los contratistas pueden determinar la cobertura para la tomografía por emisión de positrones (PET) utilizando nuevos, patentados radiofármacos para sus indicaciones de etiqueta aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) **para solamente imágenes oncológicas.**

Esta decisión no impide a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid determinar la cobertura nacional para cualquier uso de cualquier radiofármaco en el futuro, y si tales determinaciones son hechas, una futura determinación reemplazaría la determinación del contratista local.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8381.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8381, 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/R2750CP.pdf>.
<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R156NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2750, CR 8381 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 156, CR 8381

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.

No pierda la oportunidad de evaluar a su contratista administrativo de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están comprometidos a asegurar una experiencia de calidad para los proveedores del cuidado de la salud quienes participan en el programa de Medicare. No podemos hacer esto sin su aportación.

Si usted es un proveedor de tarifa fija (FFS) de Medicare, administrador de oficina o trabaja en nombre de un proveedor de FFS Medicare (tal como una agencia de facturación), por favor [inscríbese ahora](#) para la oportunidad de decirle a CMS sobre el nivel de servicios que provee su MAC.

Usted necesitará su identificador nacional del proveedor (NPI) y número de acceso de transacción del proveedor (PTAN) para registrarse. Si usted trabaja para una práctica médica, usted puede listar un grupo de NPI y PTAN. Los servicios de MAC a ser calificados incluyen, pero no están limitados a, procesamiento de reclamaciones, inscripción de Medicare, y capacidad de respuesta a consultas.

Es rápido y fácil. A aquellos seleccionados para participar se les enviará por correo electrónico un enlace a una encuesta en línea. Toda la información recopilada se mantendrá confidencial y será utilizada únicamente para esta encuesta. Sí, me gustaría [inscribirme](#).

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

Fuente: CMS PERL 201308-05

Requerimientos para presentación de reportes funcionales de terapia ambulatoria

Número de *MLN Matters*: SE1307
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial reitera la implementación del requerimiento de presentación de datos basados en reclamaciones para los servicios de terapia ambulatoria, efectivo el 1 de enero de 2013, el cual requiere la presentación de reportes con 42 códigos G funcionales no pagaderos y siete modificadores de severidad/complejidad en reclamaciones para terapia física, terapia ocupacional (OT), y servicios de patología del habla (SLP).

Durante la fase de prueba, 1 de abril-30 de junio de 2013, un mensaje de alerta fue enviado cuando los códigos G de limitación funcional aplicables (del listado de 42) y el modificador de severidad/complejidad adecuada (del listado de siete) fueron omitidos en las reclamaciones de terapia especificadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1307.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1307

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 crea aplicaciones para dispositivos móviles para ayudar a reportar para el programa de pagos abiertos

Número de *MLN Matters*: SE1329
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) anunciaron la creación de aplicaciones para dispositivos móviles para que los médicos y organizaciones de la industria de salud le den seguimiento a los pagos que requieren divulgación bajo el Physician Payments Sunshine Act.

Diseñado para asistir a los médicos, fabricantes aplicables, y organizaciones de compra de grupo (GPO) aplicables a monitorear muchos de los datos necesarios para reportar al programa exitosamente, las aplicaciones para dispositivos móviles son compatibles con los smartphones más utilizados.

El Physician Payments Sunshine Act creó el programa de pagos abiertos el cual exige a los fabricantes de dispositivos y farmacéuticos y a los GPO recolectar y reportar pagos y otras transferencias de valor a médicos y hospitales de enseñanza, así como también ciertos intereses de propiedad e inversión.

A los médicos no se les requiere reportar ninguna información a CMS. Las aplicaciones pueden ser usadas para validar los reportes presentados por los fabricantes a CMS sobre pagos que los médicos han recibido.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1329.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1329

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.

Módulos de capacitación para proveedores OPEN PAYMENTS

Dos actividades de educación médica continua están disponibles

Las actividades de educación médica continua (CME) están disponibles para que los médicos aprendan más acerca de OPEN PAYMENTS (Physician Payments Sunshine Act). Dos de estas actividades están disponibles y accesibles a través de Medscape, ambas están acreditadas por el Accreditation Council for Continuing Medical Education:



1. *“Are You Ready for the National Physician Payment Transparency Program?”* Los médicos pueden recibir un máximo de 1.00 AMA PRA Category 1 Credit™ al participar en la actividad y recibir una puntuación mínima de 70 por ciento en la prueba posterior. A través de la actividad, los participantes aprenderán más sobre OPEN PAYMENTS, los pasos implicados en la recolección y presentación de datos médicos, fechas clave para la implementación y las acciones que ellos pueden tomar para verificar la información del médico antes de la publicación en el sitio Web.
2. *“The Physician Payment Transparency Program and Your Practice”* Los médicos pueden recibir un máximo de 0.25 AMA PRA Category 1 Credit™ al participar en la actividad y recibir una puntuación mínima de 70 por ciento en la prueba posterior. A través de la actividad, los participantes podrán identificar oportunidades para médicos para revisar las transferencias de valor que se les atribuyen y diferenciar los tipos de transferencias de valor que

serán o no serán reportadas de acuerdo con OPEN PAYMENTS.

Acreditados por el Accreditation Council for Continuing Medical Education, los médicos o profesionales de la salud pueden obtener un crédito de la educación médica continua para el primer módulo y 0.25 créditos para el segundo módulo. Las cuentas de Medscape son gratis y los usuarios no tienen que ser profesionales de la salud para registrarse. El registro se puede encontrar en el sitio Web de [Medscape](#).

La información contenida en este artículo fue previamente publicado en una edición semanal de “CMS MLN Connects™ Provider e-News.”

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

Tarifa fija

Actualización trimestral de julio para la tarifa fija de DMEPOS 2013

Número de *MLN Matters*: MM8325 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8325
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de mayo de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013 para implementación de sumas de tarifas fijas para códigos efectivos el 1 de enero de 2013, 1 julio de 2013 para todos los otros cambios.
 Número de transmisión de CR relacionado: R2709CP
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

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

Efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 julio

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8325.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8325, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2709CP.pdf>.

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

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

Actualización anual de la tasa por entrega del factor de coagulación

Número de *MLN Matters*: MM8423
Número de petición de cambio relacionado: 8423
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2760CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8423 actualiza la tasa por entrega del factor de coagulación para el 2014. La tasa por entrega del factor de coagulación está incluida en los límites de pago nacional para los códigos de facturación del factor de coagulación. Para fechas de servicio del 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014, la tasa por entrega del factor de coagulación es \$0.192 por unidad, la cual es añadida

al pago cuando el límite de pago para el factor de coagulación no es incluido en el precio promedio de ventas (ASP) o archivos de precios de medicamentos no clasificados (NOC).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8423.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8423, 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/R2760CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2760, CR 8423

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 emite una actualización sobre reclamaciones de beneficiarios encarcelados

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron preguntas frecuentes (FAQ) sobre denegaciones de reclamaciones de beneficiarios encarcelados en la página de [proveedores por tarifa fija](#) en el sitio Web de CMS.

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

Fuente: CMS PERL 201308-01

CMS MLN Connects™ provider eNews

Las eNews de los proveedores de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial del *Medicare Learning Network*® (MLN) que contiene el equivalente de una semana de noticias para los proveedores de tarifa fija de Medicare (FFS). CMS envía estos mensajes semanalmente a asociaciones de proveedores nacionales de la industria de salud, quienes entonces distribuyen las eNews a sus miembros según apropiado. Para mejorar la consistencia y para agilizar las operaciones en mensajería a la comunidad del proveedor de FFS, a través de todos los canales de información de Medicare, CMS está llevando a cabo un piloto que terminó el 30 de septiembre de 2012; sin embargo lo está extendiendo hasta nuevo aviso. Los siguientes son enlaces a las más recientes eNews:

CMS MLN Connects™ para el jueves, 25 de julio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-07-25-Enews.pdf>

CMS MLN Connects™ para el jueves, 1 de agosto de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-08-01-eneews.pdf>

CMS MLN Connects™ para el jueves, 8 de agosto de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-08-08-Enews.pdf>

CMS MLN Connects™ para el jueves, 15 de agosto de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-08-15-Enews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201307-06, 201307-07, 201308-03, 201308-06

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Septiembre de 2013

Únase a nosotros en 'el SPOT' para datos de Medicare (Partes A/B)

Cuando: 10 de septiembre de 2013
 Hora: 11:00 - 12:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU

Únase a nosotros en 'el SPOT' para datos de Medicare (Partes A/B)

Cuando: 12 de septiembre de 2013
 Hora: 11:00 - 12:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU

Cambios y regulaciones de Medicare (Parte A)

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

Cambios y regulaciones de Medicare (Parte B)

Cuando: 18 de septiembre de 2013
 Hora: 11:30 .- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.U

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

- Preinscripción es requerida para todas las teleconferencias, webcasts y seminarios educativos en persona.
- Las fechas y horas están sujetas a cambio antes de abrir la inscripción del evento.

Nombre del registrante: _____
 Título del registrante: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono: _____
 Dirección de email: _____
 Dirección del proveedor: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcsou.com> para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.) o llame a la línea de inscripción urgente de educación al proveedor de First Coast 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.

Facturación

Ahorre tiempo y dinero – resuelva el código de denegación N5052

Mensaje de remesa: beneficiary identification incorrect (identificación incorrecta del beneficiario) - el nombre del beneficiario y u otros datos personales en las transacciones del archivo común de trabajo (CWF) no coinciden con los datos almacenados en el registro principal de beneficiario.

¿Qué significa esto en realidad? *La información de los beneficiarios que es presentada en la reclamación no coincide con la información en el archivo común de trabajo (CWF).*

Se requiere acción del proveedor

Confirme la elegibilidad del beneficiario a través del acceso al sistema remoto (DDE), el sistema de Respuesta Automática (IVR), el SPOT (Secure Provider Online Tool) o los reportes de transacción 270/271.

- Si la información es **correcta**
- Vuelva a presentar a reclamación
- Si la información es **incorrecta**
- El beneficiario debe contactar a Social Security Administration (SSA) para actualizar los archivos. Una vez los archivos sean actualizados, vuelva a presentar la reclamación a Medicare

También hay algunas cosas que usted puede hacer cuando un beneficiario llega a sus instalaciones

1. Siempre obtenga una copia de su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul antes de la prestación de servicios
2. Asegúrese de que su nombre en la reclamación coincide con su nombre tal como aparece en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul. No use apodos
3. Si el nombre de su tarjeta no coincide con el nombre presentado en la reclamación, haga las correcciones adecuadas y vuelva a presentar la reclamación

Recursos adicionales:

- Resolver el código de denegación [C7010](#)
- Resolver el código de denegación [U5233](#)

Fuente: [Direct Data Entry manual](#), [Interactive Voice Response reference guide](#) y [270/271 transactions](#)

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

Reclamaciones devueltas a proveedores por el código de denegación 31182

First Coast ha liberado reclamaciones vueltas a facturar (rebilled) retenidas que recibieron los códigos de denegación 31182 y 31796; sin embargo, hubo algunas reclamaciones que fueron devueltas con el código de denegación 31182 y necesitan ser vueltas a presentar. El número de control de documento (DCN) en el campo de comentarios debe ser corregido al formato de abajo y la reclamación puede ser PF9 para volverla a presentar una vez se encuentre en una ubicación finalizada (T/B9997). La reclamación continuará procesándose a través del sistema estándar del intermediario fiscal (FISS) y posiblemente podría chocar con otros códigos de denegación

- 31182 – el código de denegación está asignado si “A/B rebilling” (volviendo a facturar) está presente en la primera iteración del campo de autorización de tratamiento y se cumple cualquiera de los siguientes criterios
- Código de condición W2 no está presente
- DCN y fecha de la última adjudicación no está presente o no está en la ubicación y formato correcto
- Fecha de recibo de la reclamación es antes de 03/13/2013

Le recomendamos a los proveedores que estén recibiendo este código de denegación sigan las siguientes instrucciones de facturación exactamente como se indica.

- Código de condición W2
- Primera iteración del campo de autorización del tratamiento “A/B Rebiling” (volviendo a facturar A/B)
- Campo de comentarios **ABRebill12345678901234-MMDDCCYY**
- **12345678901234** = número de control de documento desde la reclamación 11x original (sólo la porción numérica)

(Continúa en la página siguiente)

Reclamaciones...(Continuación)

- MMDDCCYY = fecha de recibo de la última adjudicación de reclamación (pago, denegación, despido, etc)
- PF9 para volver a presentar la reclamación

Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto le pueda causar a su centro. Estamos trabajando diligentemente para resolver estos problemas de facturación tan pronto como son conocidos.

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

Facturación correcta de Aprepitant (J8501)

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha identificado posibles errores de pago de reclamaciones del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para el código J8501 Aprepitant (Emend®), oral, 5 mg cuando es presentado por departamentos ambulatorios del hospital. Posibles errores de pago pueden existir cuando el código HCPCS J8501 es reembolsado sin un antagonista 5-HT3 oral y dexametasona.

Según el [National Coverage Determination \(NCD\) for Aprepitant for Chemotherapy-Induced Emesis \(110.18\)](#): Efectivo para servicios provistos a partir del 4 de abril de 2005, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid hacen las siguientes determinaciones en relación al uso de Aprepitant en el tratamiento para reducir emesis inducida por la quimioterapia:

La evidencia es suficiente para concluir que el uso de la combinación de tres medicamentos orales antieméticos de Aprepitant (Emend®), un antagonista 5-HT3, y dexametasona es razonable y necesario para una población de pacientes especificada. La población de pacientes definida para la cual el uso de la combinación de tres medicamentos orales antieméticos de Aprepitant (Emend®), un antagonista 5-HT3, y dexametasona es razonable y necesario tan sólo para esos pacientes quienes reciben uno o más de los siguientes agentes quimioterapéuticos contra el cáncer:

- Carmustine (J9050)
- Cisplatin (J9060)
- Cyclophosphamide (J9070)
- Dacarbazine (J9130)
- Mechlorethamine (J9230)
- Streptozocin (J9320)
- Doxorubicin (J9000 J9002)
- Epirubicin (J9178)



Los medicamentos antieméticos orales deben ser prescritos sólo en cada tratamiento de quimioterapia. Reembolso será provisto para la combinación de tres medicamentos orales antieméticos cuando es utilizado como un reemplazo terapéutico completo para la dosis intravenosa cuando los medicamentos son administrados o prescritos por un médico para usar inmediatamente antes, durante, o dentro de 48 horas después del tiempo de la administración del agente quimioterapéutico. La primera dosis debe ser administrada antes, durante, o inmediatamente después del tiempo de la administración de quimioterapia contra el cáncer. El segundo día, en el cual sólo se administra Aprepitant, es definido como “dentro de 24 horas” y el tercer día, en el cual sólo se administra Aprepitant, está definido como “dentro de 48 horas” de la administración de quimioterapia. Estos medicamentos pueden ser suministrados por el médico en la oficina, por un proveedor de hospitalización o ambulatorio (por ejemplo, hospital, hospital de cuidado crítico, o centro de enfermería especializada) o a través de un suplidor, tal como una farmacia. El médico debe indicar en la receta que el beneficiario está recibiendo los medicamentos orales antieméticos como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético por vía intravenosa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer. Cuando el medicamento es administrado por un centro, el registro médico del beneficiario mantenido por el centro debe ser documentado para reflejar que el beneficiario está recibiendo el medicamento antiemético oral como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer. Vea el [manual electrónico de CMS \(IOM\), “Medicare Claims Processing Manual,” Publication 100-04, Chapter 17, Section 80.2](#) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Requerimientos de facturación para J8501

Usted debe facturar sus reclamaciones para Aprepitant, en el formulario CMS-1450 (UB-92), o el equivalente electrónico, con el diagnóstico de cáncer adecuado y el código HCPCS de J8501 (Aprepitant, oral, 5 mg) o el código adecuado de *Current Procedural Technology*® (CPT). Aquellos proveedores que presenten reclamaciones

(Continúa en la página siguiente)

Facturación...(Continuación)

a los intermediarios fiscales (FI) de Medicare deben facturar Aprepitant (J8501) con el "revenue code" (código de ingreso) 0636 (medicamentos que requieren codificación detallada). Una auditoría será implementada efectivo el 8 de agosto de 2013, para incluir los requerimientos documentados en la NCD para las reclamaciones apoyar la razonabilidad y necesidad médica para Aprepitant (código HCPCS J8501); y, las reclamaciones serán suspendidas para revisión médica cuando Aprepitant (J8501) es facturado sin un antagonista 5HT3 (códigos HCPCS Q0162, Q0163, Q0164, Q0165, Q0166, Q0167, Q0168, Q0169, Q0170, Q0171, Q0172, Q0173, Q0174, Q0175, Q0176, Q0177, Q0178, Q0180, o Q0181); y dexametasona (código HCPCS J8540) en la misma reclamación. En un caso donde el paciente ya tiene los agentes orales en casa, el proveedor debe incluir una declaración apoyando ese hecho.

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

Auditorías identificarán los códigos complementarios facturados sin los códigos primarios para rechazarlos

Número de *MLN Matters*: MM8271

Número de petición de cambio relacionado: 8271

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de julio de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1262OTN

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los contratistas de auditoría de recuperación de Medicare han identificado casos en los cuales los proveedores del cuidado de la salud sólo facturan los códigos complementarios del *Current Procedural Terminology*® (*CPT*®) sin los respectivos códigos de procedimientos primarios.

Con base en estos hallazgos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han dado instrucciones a los contratistas de Medicare para rechazar las reclamaciones con 'informational unsolicited response (IUR)' (respuesta de información no solicitada [IUR]) o código de rechazo, cuando aparece un código complementario para *CPT*® en reclamaciones para pacientes ambulatorios sin un código primario de procedimiento *CPT*® asociado.

De acuerdo con CMS, "los códigos complementarios siempre se realizan, en adición a un servicio primario

o procedimiento y nunca deben ser reportados como un código independiente." El propósito de los códigos *CPT*® complementarios es permitir a los proveedores identificar por separado un servicio que se realiza en ciertas situaciones como un servicio adicional.

El artículo 8271 de *MLN Matters*® describe las condiciones y los códigos cuando los contratistas de Medicare rechazarán las reclamaciones y generarán un IUR para las reclamaciones de pacientes ambulatorios desde el 1 de abril de 2013, hasta el 6 de abril de 2014, para los códigos complementarios facturados.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8271.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8271, 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/R1262OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1262, CR 8271

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.

Entérese primero: Suscríbese a eNews de First Coast

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas - línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que eNews de First Coast sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

Nuevos códigos sólo de pagador añadidos al procesamiento de reclamaciones del manual electrónico de CMS (IOM)

Número de *MLN Matters*: MM8413
 Número de petición de cambio relacionado: 8413
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de 2013
 Fecha de efectividad: 12 de noviembre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2759CP
 Fecha de implementación: 12 de noviembre de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) añadirán nuevos códigos sólo del pagador de National Uniform Billing Committee (NUBC) al *Medicare Claims Processing Manual*.

El NUBC designa varias series dentro de la condición, ocurrencia, lapso de ocurrencia y códigos de valor como códigos sólo de pagador. Los proveedores no deben aplicar estos códigos a las reclamaciones. Los sistemas de información de Medicare los aplicarán sistemáticamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8413.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8413, 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/R2759CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2759, CR 8413

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.

Hospicio

CMS comienza la implementación de reducciones de pagos para el reporte de calidad de atención

Número de *MLN Matters*: MM8241
 Número de petición de cambio relacionado: 8241
 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: R2696CP
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

El Affordable Care Act, sección 3004, requiere que cada hospicio recopile datos sobre las medidas de calidad especificadas por el secretario del departamento de salud y recursos humanos (HHS), y presente los datos a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Los hospicios que no presenten los datos de calidad requeridos experimentarán una reducción de 2 puntos porcentuales en su actualización del porcentaje de bolsa del mercado comenzando el 1 de octubre de 2013, y en años fiscales subsecuentes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8241.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8241, 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/R2696CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2696, CR 8241

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.

Nuevos requerimientos de reporte de datos para reclamaciones de hospicio

Número de *MLN Matters*: MM8358

Número de petición de cambio relacionado: 8358

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de julio de 2013

Fecha de efectividad: Reporte voluntario efectivo 1 de enero de 2014, reporte obligatorio efectivo 1 de abril de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2747CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) requerirán a los proveedores de hospicio reportar nueva información sobre los servicios provistos por el personal de hospicio en centros u hospitales de enfermería especializada para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2014.

Los hospicios pueden voluntariamente reportar esta información comenzando el 1 de enero de 2014. La información requerida incluye visitas por enfermeras de cuidados paliativos, ayudantes, trabajadores sociales, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, y patólogos del habla, como partidas individuales, con la visita y duración de la visita reportada como si fuera hecho para los niveles del cuidado en el hogar.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8358.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8358, 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/R2747CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2747, CR 8358

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

Respuesta informativa no solicitada para transferencias de hospital a hospital

Número de *MLN Matters*: MM8231

Número de petición de cambio relacionado: 8231

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de julio de 2013

Fecha de efectividad: 7 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado:

R1266OTN

Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Los auditores de recuperación identificaron reclamaciones de pacientes hospitalizados que fueron reportadas incorrectamente como un alta hospitalaria al hogar en lugar de una transferencia a otro hospital, resultando en un pago en exceso al hospital de transferencia. Cuando un hospital de transferencia del sistema de pago prospectivo de pacientes hospitalizados (IPPS) indica a Medicare que el paciente está siendo dado de alta al hogar, el hospital de transferencia recibe un pago completo del grupo relacionado de diagnóstico severo de Medicare (MS-DRG). En estos casos, el hospital de transferencia debe recibir un reembolso según la tasa diaria definida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8231.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8231, 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/R1266OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1266, CR 8231

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 archivos de datos para determinar el ajuste desproporcionado del centro

Número de *MLN Matters*: MM8406
 Número de petición de cambio relacionado: 8406
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2013
 Fecha de efectividad: 3 de septiembre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1274OTN
 Fecha de implementación: 3 de septiembre de 2013



Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron datos para determinar el ajuste desproporcionado para los hospitales del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS), el ajuste de paciente de bajo ingreso para centros de rehabilitación hospitalaria (IRF) y el ajuste de pago para casos extraordinarios de estadía corta para hospitales de cuidado prolongado (LTCH).

El artículo completo contiene enlaces para que los centros descarguen los respectivos archivos de datos. La información disponible puede ser utilizada para propósitos de acuerdo para los hospitales de IPPS y IRF con periodos de reporte de costo comenzando durante el año fiscal (FY) 2011 (periodos de reporte de costo comenzando a partir del 1 de octubre de 2010, y antes del 1 de octubre de 2011).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8406.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8406, 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/R1274OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1274, CR 8406

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

La ‘línea de servicio extendida’ mejora las opciones de servicio al cliente para los proveedores de la Parte A de Florida – nuevos horarios efectivo el 1 de agosto

En First Coast Service Options Inc. (First Coast), proveer servicio al cliente de la más alta calidad es siempre nuestra mayor prioridad. Estamos continuamente buscando nuevas maneras para mejorar el servicio que prestamos a nuestros proveedores, y hemos aprendido que la mejor fuente de ideas es nuestra comunidad de proveedores.

Nosotros recopilamos comentarios valiosos no solo de llamadas al centro de contacto del proveedor pero también a través de una variedad de otras fuentes incluyendo el Medifest de First Coast, el consejo ejecutivo de Medicare, reuniones de POE-AG, encuestas por teléfono, y la página de [comentario](#) en nuestro sitio web del proveedor.

ESL provee acceso directo al equipo de servicio al cliente de Medicare

El propósito de la línea de servicio extendido (ESL) es para ayudar a resolver consultas no generales más eficientemente ofreciendo a los proveedores acceso directo a nuestro equipo de operaciones de servicio al cliente de Medicare. Desde que comenzó la ESL en julio de 2010, más de 13,400 consultas complejas han sido resueltas.

Efectivo el 1 de agosto de 2013, la ESL está disponible **martes, miércoles y viernes de 8:30-12:00 PM.**

Si un proveedor llama al centro de contacto del proveedor y el representante no puede resolver su problema completamente, se le dará al cliente un número especial de confirmación y se le pedirá que llame directamente a la línea especial de servicio extendido.

Lo que los proveedores tienen que tener listo cuando llamen a la ESL

(Continúa en la página siguiente)

La línea...(Continuación)

- Los proveedores deben tener su número de confirmación;
- Los proveedores deben tener el número de control de documento (DCN) de la reclamación en cuestión;
- Los proveedores deben tener su archivo de Acceso al sistema remoto [Direct Data Entry (DDE)] a la mano;
- Los proveedores deben tener disponible cualquier referencia a la política aplicable si están llamando para preguntar sobre una reclamación y están haciendo referencia a una política en particular.

Si esta información no está disponible para el representante, se les pedirá a los proveedores que cuelguen y devuelvan la llamada cuando tengan esta información disponible.

Ya que los representantes en la ESL estarán manejando problemas más complejos de lo que regularmente manejan, el tiempo de espera puede ser mayor al de nuestra línea regular de servicio libre de costo.

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

Norma de pagos de hospitalización 2014 y cambios de política/pagos para los SNF 2014

Norma mejora el enfoque en el valor y calidad en los pagos de hospital

El 2 de agosto, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una norma definitiva actualizando las pólizas de pago y tarifas de Medicare del año fiscal (FY) 2014 para hospitalizaciones de cuidados intensivos generales y hospitales de cuidado prolongado (LTCH). La norma mejora el valor y calidad del cuidado de hospital y provee clarificación sobre cuando un paciente debe ser admitido al hospital y responde a preocupaciones recientes sobre estadías extendidas del beneficiario de Medicare en el departamento ambulatorio del hospital.

La norma definitiva del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) de FY 2014 aumenta los pagos globales de hospital (capital y operacional) por \$1.2 billones. La regla también avanza con reformas del sistema de prestación del cuidado de la salud hecho posible por el Affordable Care Act. Estos incluyen un nuevo programa dirigido al mejoramiento de la seguridad en hospitales y perfeccionamiento del programa de reducción de readmisiones al hospital.

Actualización de pago FY 2014

La norma definitiva aumentaría las tarifas operacionales de IPPS por un 0.7 por ciento después de contar la inflación y otros ajustes requeridos por la ley. Este aumento refleja una reducción temporera de 0.8 por ciento para implementar el requerimiento del American Taxpayer Relief Act de recuperar los pagos en exceso de años anteriores como resultado de un nuevo sistema de clasificación del paciente que reconoce mejor la severidad de la enfermedad del paciente. CMS también está haciendo una reducción adicional de 0.2 por ciento a los aumentos del gasto proyectado de compensación asociados con cambios a criterios de admisión y revisión médica para servicios de hospitalización. CMS proyecta que los pagos de LTCH PPS aumentarían por 1.3 por ciento, o aproximadamente \$72 millones, en FY 2014.

Cambios clave de calidad y pago de FY 2014

Nuevo programa de reducción de condición adquirida en el hospital (HAC)

Como parte de un nuevo programa de reducción de HAC creado por el Affordable Care Act, comenzando en FY 2015 los hospitales que están en el cuartil más bajo para errores médicos o infecciones serias que contraen los pacientes mientras están en el hospital serán pagados 99 por ciento de lo que de otra manera hubiera sido pagado bajo el IPPS. Esta norma finaliza los criterios para clasificar a los hospitales con una tasa alta de condiciones adquiridas en el hospital.

Programa de reducción de admisiones

En octubre de 2012, Medicare comenzó a alentar a los hospitales con tasas de readmisiones en exceso de 30 días a readmisiones de menos de 30 días por ataque al corazón, insuficiencia cardiaca, y pacientes de neumonía reduciendo una porción de los pagos del hospital de hasta un uno por ciento, dependiendo en su ejecución en medidas clave de readmisiones. Según requerido por ley, la norma de FY 2014 IPPS aumenta la máxima reducción de pagos de hasta un dos por ciento. Añade cirugía de cadera y rodilla y enfermedad pulmonar obstructiva crónica a la lista de condiciones utilizadas para determinar la reducción, efectivo en FY 2015. CMS ha aumentado el número y los tipos de readmisiones planificadas que ya no cuentan contra la tasa de readmisión de un hospital.

(Continúa en la página siguiente)

Norma...(Continuación)

Criterios de admisión y revisión médica para servicios de pacientes hospitalizados

La norma definitiva provee una mayor claridad con respecto a cuándo las admisiones de hospitalización son generalmente apropiadas para el pago de la Parte A de Medicare. Las nuevas normas tienen la intención de tratar preocupaciones sobre beneficiarios de Medicare con estadías prolongadas en el hospital como pacientes externos y mejorar la integridad del programa.

Bajo la norma, si un médico espera el procedimiento quirúrgico de un beneficiario, prueba diagnóstica u otro tratamiento para requerir una estadía en el hospital con una duración de al menos 2 medias noches, y admite al beneficiario al hospital basado en esa expectativa, se presume que es apropiado que el hospital reciba pago de Medicare Parte A. La norma definitiva enfatiza la necesidad de una orden formal de admisión de hospitalización para comenzar el estatus de hospitalización, pero permite al médico considerar todo el tiempo que un paciente ya ha pasado en el hospital como ambulatorio recibiendo servicios de observación, o en el departamento de emergencia, sala de operación, u otra área de tratamiento para guiar sus expectativas de las dos medianoche.

La norma también finaliza la provisión en una norma propuesta en marzo de 2013 que fija el marco de tiempo en el cual facturar a la Parte B de Medicare por servicios de pacientes hospitalizados facturados indebidamente bajo la Parte A para un año desde la fecha de servicio. Esta porción de la norma clarifica que sus términos aplican a admisiones con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2013.

Parte desproporcionada de hospitales de Medicare (DSH)

El Affordable Care Act dirige a CMS a revisar la metodología utilizada para recalcular la cantidad adicional que Medicare paga a los hospitales que sirven a una parte desproporcionada de pacientes de bajos ingresos. Según las nuevas normas, parte de esos pagos serán distribuidos a hospitales basado en un estimado de cuánta atención médica sin compensación ellos proveen en relación con otros hospitales. La norma definitiva determina la cantidad total de dinero disponible como pagos de atención médica sin compensación basada en una determinación del año fiscal federal de los no asegurados.

Otros cambios

La norma de agosto también finaliza un número de políticas de pago según propuesto, entre ellos reajustando la bolsa de mercado del hospital y el método para recuperar documentación y codificación. La norma definitiva también permitirá que expire la moratoria de la política de ajuste de pago del límite del 25 por ciento de pacientes de LTCH.

Los cambios de la norma a los programas de incentivo de calidad de Medicare reducirán la carga de reporte de los proveedores en ambos, el programa de incentivo del registro de salud electrónico (EHR) y el programa de reporte de calidad de pacientes hospitalizados (IQR). Finaliza las nuevas medidas para el programa de calidad de pacientes hospitalizados, el programa de compra basado en el valor del hospital, y los programas de reporte para los LTCH, hospitales oncológicos PPS exentos, y centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados.

Para más información sobre estas y otras provisiones de pago y calidad de cuidado en la norma IPPS/LTCH FY 2014:

[Norma final IPPS/LTCH PPS](#)

[Hoja informativa de pagos y calidad](#)

Esta norma está programada para ser publicada en el *Federal Register* el 19 de agosto de 2013.

Cambios de política y pagos de FY 2014 para los centros de enfermería especializada de Medicare

El 31 de julio de 2013, CMS emitió una norma final (CMS-1446-F) describiendo las tasas de pago de Medicare de FY 2014 para los centros de enfermería especializada (SNF). Las mayores provisiones de la norma definitiva están resumidas abajo.

Cambios a las tasas de pago bajo el SNF PPS para FY 2014

En base a los cambios que aparecen en esta norma definitiva, CMS estima que los pagos agregados a los SNF aumentarán por \$470 millones, o 1.3 por ciento, para FY 2014 en relación a los pagos en FY 2013. Este aumento estimado es atribuible a el aumento de la bolsa del mercado de 2.3 por ciento, reducido por la corrección del error de predicción de 0.5 por ciento (explicado abajo) y reducido aún más por el 0.5 por ciento de ajuste de punto de productividad multifactorial requerido por ley.

Las tasas de pago de FY 2014 SNF PPS y políticas serán efectivas el 1 de octubre de 2013.

(Continúa en la página siguiente)

Norma... (Continuación)**Revisar y reajustar la bolsa del mercado**

El estatuto de Medicare requiere que CMS establezca un índice de bolsa de mercado de SNF que refleje cambios a través del tiempo en los precios de una mezcla adecuada de bienes y servicios incluidos en servicios cubiertos de SNF. CMS ha desarrollado un índice de bolsa del mercado de SNF que abarca las categorías más comúnmente utilizadas para servicios rutinarios de SNF, servicios auxiliares, y gastos relacionados con el capital. El índice de la bolsa del mercado de SNF es un factor utilizado para actualizar los pagos de SNF PPS sobre una base anual. CMS está reajustando y revisando la bolsa del mercado de SNF para FY 2014 y años subsecuentes para reflejar datos más recientes. La bolsa del mercado de SNF actual refleja datos de FY 2004 y CMS está actualizando la bolsa del mercado de SNF utilizando datos de FY 2010. En adición, CMS hará cambios a los componentes del índice de bolsa del mercado de SNF añadiendo cinco nuevas categorías de costo y dividiendo la categoría de costo de tarifas profesionales no médica existente en dos categorías separadas, tarifas relacionadas y no relacionadas al trabajo profesional no médico (para un total de 29 categorías de costo), y reajustando varias delegaciones de precios, incluyendo la representación de precios para los sueldos y salarios y el componente de costo de beneficio del empleado.

Reportando distintos días de terapia

Para asegurar la precisión en la mezcla de casos y pagos, CMS está añadiendo un artículo al conjunto mínimo de datos (MDS) para registrar el número de distintos días calendario de terapia provista por todas las disciplinas de rehabilitación a un beneficiario durante el período de revisión retrospectiva de siete días. CMS está clarificando que la condición que califica para la categoría de rehabilitación mediana (medium rehab, RM) requiere cinco días calendario distintos de terapia. Del mismo modo, CMS está clarificando que la condición que califica para la categoría de rehabilitación baja (low rehab, RL) requiere tres días calendario distintos. Actualmente, el número de días para cada disciplina de terapia reportada en el MDS se resume sin tener en cuenta el número de días separados y únicos por semana durante la cual el paciente recibe servicios de terapia a través de todas las disciplinas de rehabilitación.



Esto resulta en algunos residentes que estén calificando inadecuadamente para un grupo de utilización de recurso (RUG) de RM o RL. La adición al MDS asegura que los SNF son pagados con precisión por los servicios de terapia que proveen a sus residentes.

Corrección de error de predicción

Una corrección de error de predicción es aplicada cuando el cambio en la diferencia entre el porcentaje de la bolsa del mercado actual y el proyectado para un año dado (El FY más reciente disponible para el cual hay datos finales) excede el límite de 0.5 puntos porcentuales. Mientras CMS normalmente reporta el error de predicción a un dígito significativo, tal información hace difícil determinar si el límite ha sido excedido en aquellos casos en que la diferencia entre el porcentaje de la bolsa del mercado proyectado y el actual cambia el redondeo a 0.5 puntos porcentuales. Por lo tanto, sólo en aquellos casos donde la diferencia entre el porcentaje de la bolsa del mercado actual y la proyectada cambia el redondeo a 0.5 puntos porcentuales en un dígito significativo, CMS reportará la diferencia al segundo dígito significativo para determinar si el límite ha sido excedido. El FY más reciente disponible para el cual hay datos finales es FY 2012. Para FY 2012, el cambio de porcentaje de la bolsa del mercado excedió el cambio actual del porcentaje de la bolsa del mercado por 0.51 puntos porcentuales. Según el cambio del porcentaje de la bolsa del mercado proyectado excedió el cambio del porcentaje de la bolsa del mercado actual por una cantidad mayor que el límite de 0.5 puntos porcentuales, la actualización de la bolsa del mercado de FY 2014 incluirá un ajuste descendente de 0.5 puntos porcentuales.

Un enlace a la norma definitiva, la cual será publicada en el *Federal Register* el 6 de agosto de 2013, está disponible en <https://www.federalregister.gov/public-inspection>

Para más información, por favor visite [la página Web de SNF PPS](#)

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

Fuente: CMS PERL 201308-02

Pagos prospectivos

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de octubre 2013 versión 14.3

Número de *MLN Matters*: MM8419
 Número de petición de cambio relacionado: 8419
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2763CP
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) han actualizado las especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de Medicare, efectivo el 1 de octubre de 2013.

El I/OCE dirige todas las reclamaciones ambulatorias institucionales a través de un sólo OCE integrado, eliminando la necesidad de actualizar, instalar, y mantener dos paquetes de OCE software trimestralmente. Las actualizaciones de octubre de 2013 incluyen las siguientes adiciones y supresiones:

- añadir nuevo modificador AO (Prov declined alt pmt method) a la lista de modificadores válidos
- añadir los códigos *Current Procedural Terminology*® 90473 y 90474 y código G0010 (Reporting Antigens, Vaccine Administration, Splints and Casts) al apéndice N, lista A
- añadir códigos *CPT*® 90473 y 90474
- actualizar el apéndice F para señalar la supresión del tipo de factura 33x

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8419.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8419, 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/R2763CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2763, CR 8419

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 añade a los centros de la Costa del Pacífico al sistema de pago prospectivo de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM8368
 Número de petición de cambio relacionado: 8368
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de julio de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1264OTN
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron que los centros de tratamiento para la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) localizados en los territorios de los Estados Unidos de Guam, American Samoa, y las Northern Mariana Islands (Costa del Pacífico) serán pagados bajo el sistema de pago prospectivo de ESRD comenzando el 1 de enero de 2014.

El enlace al artículo de *MLN Matters*® MM8368 es provisto sólo para propósitos informativos. First Coast Service Options Inc. no procesa reclamaciones de Medicare para proveedores del cuidado de la salud localizados en la Costa del Pacífico.

Información adicional

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

(Continúa en la página siguiente)

CMS...(Continuación)

[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8368.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/MM8368.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8368, 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/R1264OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1264, CR 8368

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 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 2013 hasta septiembre 2014.

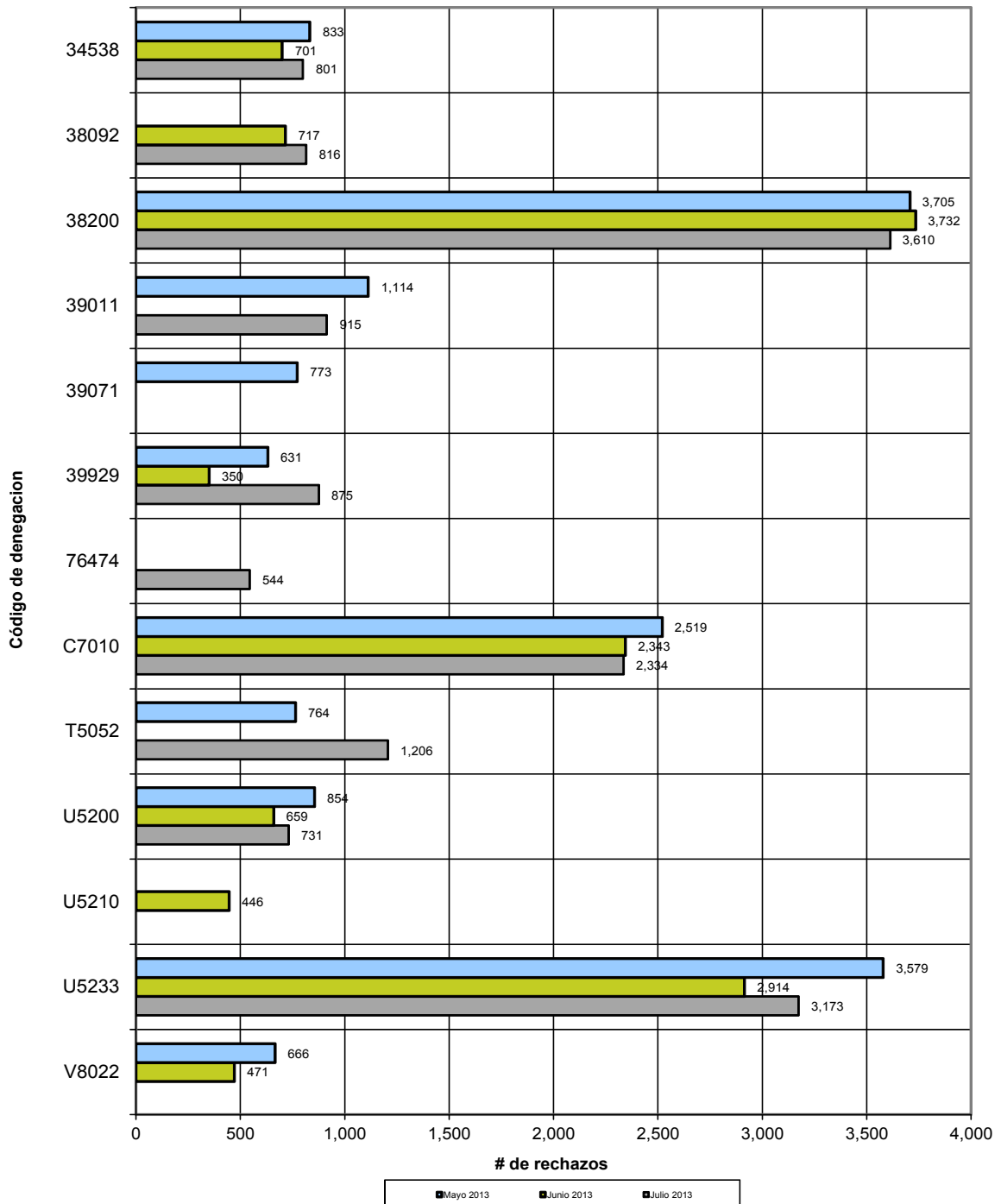
Para ordenar una suscripción anual, complete el *formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte A*.

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

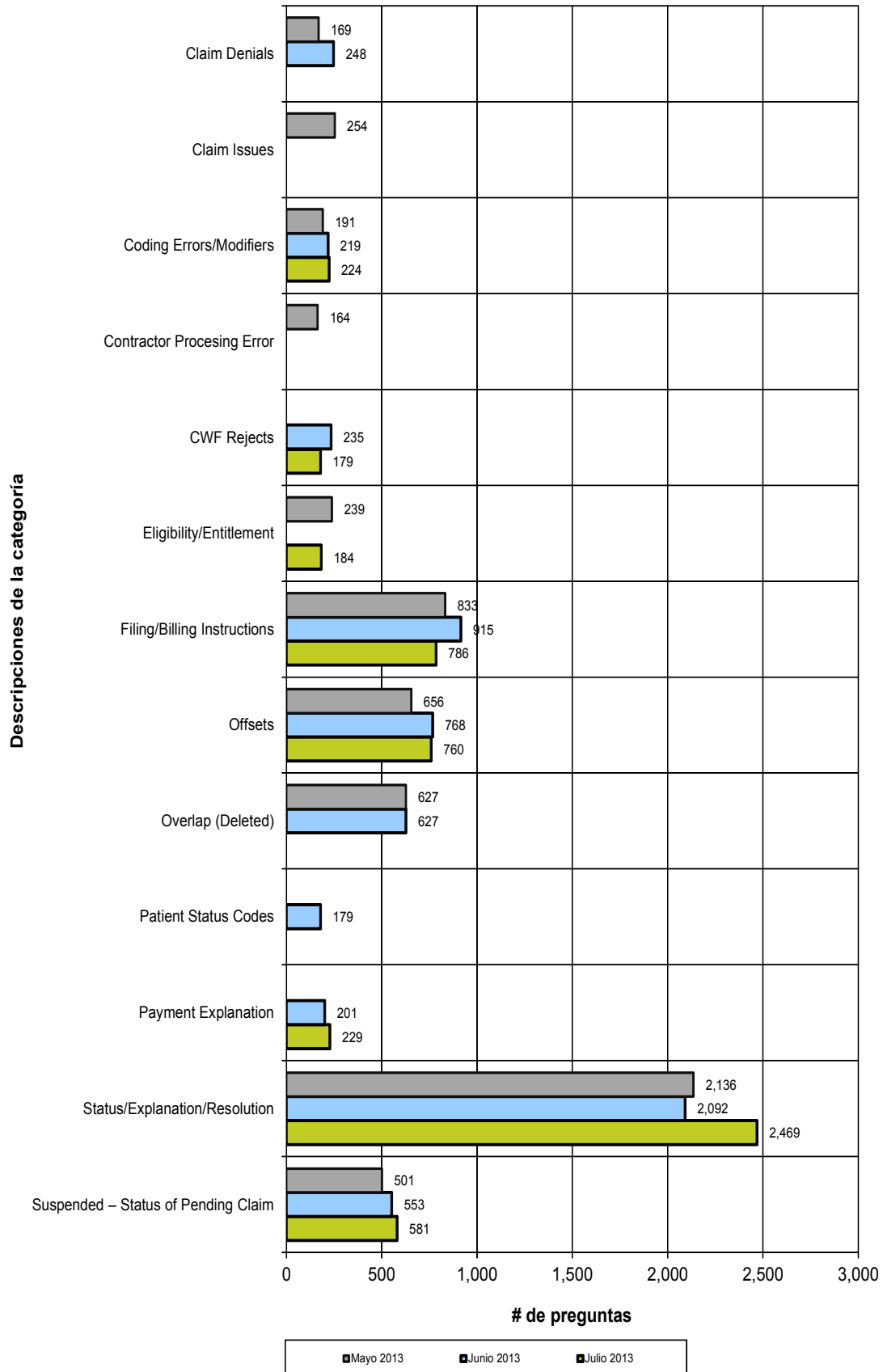
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de mayo a julio de 2013. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

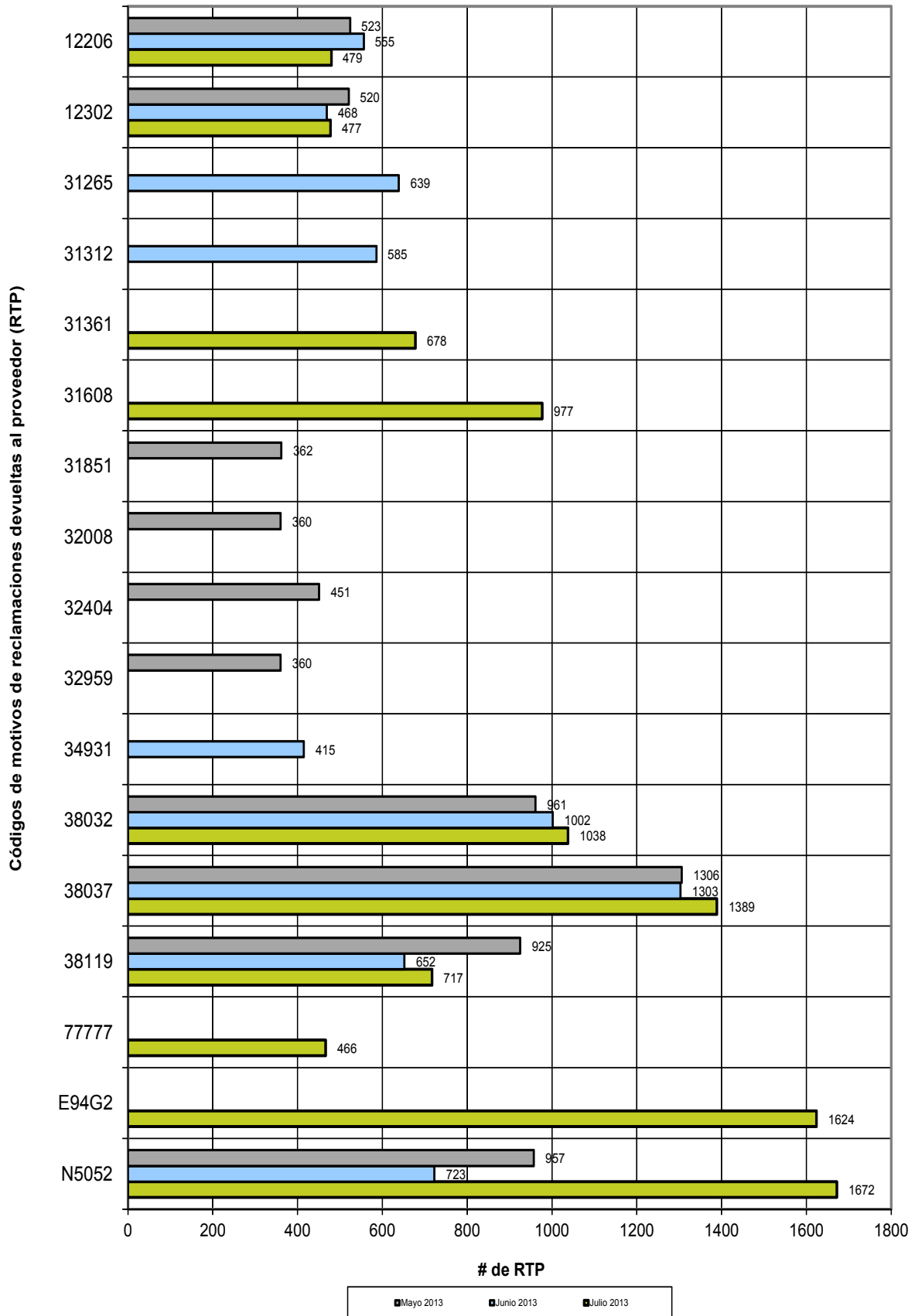
Rechazos más frecuentes de Parte A en mayo-julio de 2013



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



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



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Erythropoietin stimulating agents.....	30
Noncovered services.....	30
Vinorelbine tartrate (Navelbine®).....	31

LCD Nuevas

Molecular pathology procedures for human leukocyte antigens (HLA) typing.....	31
Molecular pathology procedures.....	32
Special EEG Tests.....	32
Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depressive disorder.....	33

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Erythropoietin stimulating agents – revisión al anexo de la LCD de Parte A “Coding Guidelines”

Identificador de LCD: L28836 (Florida)

Identificador de LCD: L28869 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El anexo “Coding Guidelines” de la determinación de cobertura local (LCD) para los agentes estimulante de la eritropoyesis (ESA) fue recientemente revisado el 1 de abril de 2013. Desde entonces, el anexo de la LCD “Coding Guidelines” ha sido actualizado basado en la petición de cambio (CR) 8256 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), transmittal 2688. Según esta CR, los proveedores deben identificar cuando un medicamento se administra vía dializado a través de la adición el modificador JE (administered via dialysate [administrado a través de dializado]). Además, según el CMS Manual System, Pub 100-04, capítulo 8, sección 60.4.2, efectivo para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2012, todas las instalaciones que facturan por inyecciones de ESA para los beneficiarios de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) deben incluir el modificador de JA en la reclamación para indicar una administración intravenosa o el modificador JB para indicar una administración subcutánea.

Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo de la LCD “Coding Guidelines” es efectiva para servicios provistos **a partir del 1 de enero de 2012**, para los modificadores JA y JB y para los servicios provistos **a partir del 1 de julio de 2013**, para el modificador JE. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Noncovered services – revisión a la LCD Parte A

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 1 de julio de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para remover los códigos HCPCS G0456 (Negative pressure wound therapy, (por ejemplo, recolección de drenaje asistida por vacío) utilizando un dispositivo controlado mecánicamente, no equipo médico duradero, incluyendo la provisión de cartucho y vendaje(s), aplicación(es) tópica(s), la evaluación de la herida y las instrucciones para el cuidado en curso, por sesión; herida(s) total(es) en el área de superficie menor o igual a 50 centímetros cuadrados) y G0457 (Negative pressure wound therapy, (por ejemplo, recolección de drenaje asistida por vacío) utilizando un dispositivo controlado mecánicamente, no equipo médico duradero, incluyendo la provisión de cartucho y vendaje(s), aplicación(es) tópica(s), la evaluación de la herida y las instrucciones para el cuidado en curso, por sesión; herida(s) totales(s) superficie de más de 50 centímetros cuadrados) bajo el título “Devices” en la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes”.

Para todas las reclamaciones presentadas con los códigos HCPCS G0456 o G0457 se solicitará la documentación de registro médico y será revisada con base en una consideración individual. Cabe destacar que cuando un artículo o servicio se eliminan de la LCD de servicios no cubiertos, no implica una declaración de cobertura positiva y la cobertura por parte de Medicare. Por lo tanto, las reclamaciones facturadas por los códigos HCPCS G0456 y G0457 (asumiendo que se cumplan todos los demás requisitos del programa) siempre será necesario alcanzar el límite médicamente razonable y necesario para la cobertura de un pago por adelantado o pago posterior de la auditoría de los registros oficiales.

Cada vez que hay una situación en la cual se cumplirían los criterios de necesidad y razonabilidad médica de Medicare, nosotros recomendamos el uso de una notificación anticipada al beneficiario (ABN) y el anexo del modificador GA a los códigos facturados HCPCS. Para más detalles sobre la iniciativa de notificación al beneficiario (BNI) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), por favor, dirija a su navegador a este enlace: <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>. Tenga en cuenta que los servicios que conducen a, o asociados con servicios no cubiertos, tampoco están cubiertos.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para servicios provistos a partir del 14 de agosto de 2013. Las LCD de First

(Continúa en la página siguiente)

Noncovered... (continuación)

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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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

Identificador de LCD: L29004 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para vinorelbine tartrate (Navelbine®) fue recientemente revisada el 18 de junio de 2013. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de la etiqueta de sarcoma de tejidos blandos (retroperitoneal/intra-abdominal). Además, se hizo una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir los códigos de diagnósticos 158.0, 171.5, y 171.9 y descriptores.

En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 21 de agosto de 2013**. 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

LCD Nuevas

Molecular pathology procedures for human leukocyte antigens (HLA) typing – nueva LCD

Identificador de LCD: L29355 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Efectivo para los servicios provistos a partir del 1 de enero de 2013, Medicare implementó el uso de códigos de patología molecular de Current Procedural Terminology (CPT®). Los códigos CPT® 83890 hasta 83914, los cuales eran un componente del método de acumulación de codificación de pruebas de patología molecular, han sido eliminados para 2013.

La American Medical Association (AMA) en los CPT® de 2012 y 2013 categoriza los códigos de patología molecular como Tier (nivel) uno (códigos CPT® 81200-81383) o Tier dos (códigos CPT® 81400-81479). Las pruebas de diagnóstico molecular es una ciencia que evoluciona rápidamente en la cual la importancia de la detección de mutaciones específicas aún no se ha aclarado.

El enfoque de esta determinación de cobertura local (LCD) son los códigos CPT® Tier 1 (81370-81383) para procedimientos de patología molecular para la tipificación de Human Leukocyte Antigen, también conocido como HLA, los cuales son un grupo de proteínas presentes en la superficie de células blancas y otras células nucleadas. Estas proteínas ayudan al sistema inmunológico del cuerpo a identificar sus propias células y a distinguir entre “propias” y “no propias”.

Esta nueva LCD ha sido desarrollada para incluir indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación, pautas de utilización, y códigos de procedimiento y diagnóstico que apoyen la necesidad médica.

Para pruebas de HLA-B*27 para el diagnóstico de pacientes sintomáticos con “presunta espondilitis anquilosante” (presumed ankylosing spondylitis) (código ICD-9 720.0), el contratista; solicitará documentación que apoye la necesidad médica para la prueba del médico en todos los casos donde “espondilitis anquilosante” (ankylosing spondylitis) está indicado como la razón para la prueba.

Los proveedores están obligados a codificar la especificidad, sin embargo, si CPT® 81479 (procedimiento de patología no listado) es utilizado, la documentación debe claramente identificar el procedimiento único de patología molecular efectuado. Cuando múltiples códigos de procedimiento son presentados en una reclamación (única y/o no listada) la documentación que apoya cada código debe ser fácilmente identificable. Si en la revisión el contratista no puede vincular un código facturado a la documentación, este servicio será denegado en base al

(Continúa en la página siguiente)

Molecular... (continuación)

título XVIII del Social Security Act, §1833(e).

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast 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 “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Molecular pathology procedures – nueva LCD

Identificador de LCD: L33703 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los procedimientos de patología molecular son procedimientos de laboratorio médico que envuelven el análisis de ácido nucleico para detectar variantes en genes que pueden ser indicativos de la línea germinal (por ejemplo, trastornos constitucionales) o condiciones somáticas (por ejemplo, neoplasia), o para detectar antígenos de histocompatibilidad (por ejemplo, HLA). Teniendo en cuenta la eliminación de los códigos de procedimiento de apilamiento (83890-83914) en el manual de la American Medical Association (AMA) y los códigos de procedimientos de evaluación basados en el conjunto (88384-88386), los códigos de patología molecular ahora incluyen todos los servicios analíticos realizados en la prueba (por ejemplo, lisis celular, estabilización de ácido nucleico, extracción, digestión, amplificación, y detección).

Los códigos de procedimiento de patología molecular están categorizados por dos “tiers” (niveles). Los códigos de patología molecular del Tier 1 (81200–81383) son aplicables a biomarcadores específicos que representan procedimientos genómicos y específicos al gene. Los códigos de patología molecular del Tier 2 (81400–81408) representan múltiples biomarcadores y están organizados por nivel de recursos técnicos y trabajo interpretativo por el médico u otro profesional del cuidado de la salud calificado. Los procedimientos de Tier 2 son realizados en volúmenes más bajos que los procedimientos de Tier 1 (por ejemplo, la incidencia de la enfermedad que está siendo probada es poco común).

El enfoque de esta determinación de cobertura local (LCD) es proveer orientación general a las aplicaciones médicamente necesarias y razonables de los procedimientos de patología molecular descritos en el rango de código CPT® 81200-81479 (con la excepción de pruebas de HLA 81370-81373 abordadas en la LCD para el Molecular Pathology for Human Leukocyte Antigen). Esta nueva LCD ha sido desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, requerimientos de documentación, y pautas de utilización para procedimientos de patología molecular.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (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 “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Special EEG Tests – nueva LCD

Identificador de LCD: L33699 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada basada en análisis de datos y revisión de reclamaciones lo cual resultó en la identificación de anomalías en Florida para los siguientes códigos CPT®: 95951 (*Monitoring for localization of cerebral seizure focus by cable or radio, 16 or more channel telemetry, combined electroencephalographic (EEG) and video recording and interpretation (e.g., for presurgical localization), each 24 hours*), 95953 (*Monitoring for localization of cerebral seizure focus by computerized portable 16 or more channel EEG, electroencephalographic (EEG) recording and interpretation, each 24 hours, unattended*), y 95957 (*Digital analysis of electroencephalogram (EEG) (e.g., for epileptic spike analysis)*). El análisis de datos también identificó que los EEG ambulatorios fueron consistentemente facturados por ciertos proveedores antes de un EEG en descanso según requerido por NCD 160.22-Ambulatory EEG Monitoring.

Adicionalmente, fue determinado que el análisis de pico digital de 95957-EEG (95957-EEG digital spike analysis) fue consistentemente facturado por ciertos proveedores según incluido en un paquete inicial de cuidado y 1-2

(Continúa en la página siguiente)

Special... (continuación)

meses más tarde esta prueba de EEG fue repetida con un paquete de atención diferente, y generalmente, una rutina de EEG no era facturada antes de la facturación de 95951, 95953, y 95957.

Esta nueva LCD fue desarrollada para hacer frente a las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos de diagnóstico y procedimiento, pautas de documentación, y pautas de utilización para pruebas ambulatorias de EEG.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 7 de octubre de 2013. 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 al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de "Jump to Section..." en la parte superior de la página de la LCD.

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

Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depressive disorder – nueva LCD

Identificador de LCD: L33676 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La estimulación magnética transcraneal (TMS es una modalidad de tratamiento no sistémico, no invasiva, que utiliza la fuerza de imágenes por resonancia magnética (MRI), campos pulsantes y magnéticos para inducir una corriente eléctrica en una región localizada de la corteza cerebral).

Esta determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para proveer acceso al cuidado de TMS como una opción de tratamiento para el manejo del trastorno depresivo mayor. Actualmente, los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) que describen la TMS (códigos CPT® 90867, 90868, y 90869) listados en esta LCD están incluidos en las LCD de servicios no cubiertos, y serán removidos a la finalización de esta LCD.

Esta LCD ha sido desarrollada para incluir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, requisitos de documentación, pautas de utilización, códigos de procedimiento, y códigos de diagnóstico de ICD-9-CM que apoyan la necesidad médica.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. 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 al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de "Jump to Section..." en la parte superior de la página de la LCD.

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45028
Jacksonville, FL 32232-5028

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45096
Jacksonville, FL 32232-5096

Exámenes médicos posteriores al pago

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

Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA*)

First Coast Service Options Inc.
Attn: FOIA PARD 16T
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Fraude y abuso de Medicare

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

Otras direcciones

importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de

Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:

888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla

877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla

800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Evaluación y manejo

Servicios de E/M facturados con los códigos CPT® 95115-95199 de servicios de inmunoterapia con alérgenos requieren el modificador -25

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo un análisis de data para *Current Procedural Terminology* (CPT® códigos 95115-95199) de servicios de inmunoterapia con alérgenos evaluados y encontró que los servicios de evaluación y manejo (E/M) fueron facturados sin anexar el modificador -25 para indicar que el servicio de E/M fue un servicio significativo e identificable por separado realizado en el mismo paciente en la misma fecha que los servicios de inmunoterapia con alérgenos por el mismo proveedor.

De acuerdo con el libro de códigos CPT® del American Medical Association (AMA), “Códigos para códigos CPT® de inmunoterapia con alérgenos 95115 -95199 incluye los servicios profesionales necesarios para inmunoterapia con alérgenos. Los códigos de visita de oficina pueden ser utilizados en adición a la inmunoterapia con alérgenos si otros servicios identificables son provistos en ese momento”.

Modificador -25

De acuerdo con las pautas para el uso correcto del modificador -25 para procedimientos globales encontrados en la *Publication 100-40 Medicare Claims Processing Manual Chapter 12* del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Sección 30.6.6 B, y 40.2.8 la cual indica que el modificador -25 es utilizado sólo con reclamaciones por servicios de E/M y sólo cuando los servicios son provistos por el mismo médico o por un profesional de la salud calificado al mismo paciente el mismo día de un procedimiento con un periodo de tarifa global si el médico indica que el servicio es para un significativo, separadamente identificable y el servicio de E/M fue por encima y más allá del trabajo antes y después del trabajo operativo del procedimiento.

El modificador -25 es utilizado para denotar servicios de E/M significativos, separadamente identificables realizado por el mismo médico el mismo día que él o ella realizó otro procedimiento o servicio. Aplican las siguientes directrices:

- El modificador -25 sólo debe ser utilizado con servicios de E/M (rango de códigos CPT® 99201-99499) y no con códigos quirúrgicos/global
- Diferentes diagnósticos no son requeridos para reportar servicio de E/M
- Documentación adecuada es requerida para indicar la necesidad médica del servicio de E/M y el procedimiento tiene que ser adecuadamente y suficientemente documentado en los registros médicos
- El contratista administrativo de Medicare (MAC) pagará por servicios de E/M con el modificador -25 en adición a la tarifa global sin ningún otro requisito para documentación, sin embargo, aseguradoras pueden llevar a cabo una revisión médica específica sobre una base de caso por caso cuando altas estadísticas sobre el uso del modificador -25 por un individuo o grupo es significativo
- El modificador -25 es sólo utilizado para notificar al pagador que el servicio de E/M necesita ser pagado por separado del reembolso para el procedimiento que indica que el servicio de E/M fue significativo e identificable separadamente.

Requisitos de facturación para cirugías globales

Los requisitos de facturación para cirugías globales pueden ser encontradas en CMS Publication 100-40 Medicare Claims Processing Manual Chapter 12, Section 40.20 para asegurar la identificación adecuada de los servicios para servicios incluidos y excluidos del conjunto global aplican los siguientes procedimientos:

El uso de modificadores aplica a procedimientos mayores con un periodo global de 90 días de periodo postoperatorio y procedimientos menores con un periodo postoperatorio de 10 días y o cero días de periodo postoperatorio en el caso se los modificadores -22 y -25.

La documentación tiene que reflejar claramente que los servicios de E/M estaban por encima y más allá de la atención usual provista el mismo día del procedimiento y los servicios provistos no fueron una parte normal del procedimiento. La documentación tiene que reflejar lo siguiente:

Un servicio de evaluación y manejo independiente debido a una queja, síntoma, condición, problema, o circunstancia que puede o no estar relacionada al procedimiento o servicio provisto y debe incluir correlación importante, notable y distinta con las señales y síntomas para un problema distinto.

Recursos educativos

La determinación de cobertura local (LCD) de First Coast para inmunoterapia con alérgenos (revisión 10/01/2011). Los números de LCD son L29056 para Florida y L29074 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de
(Continúa en la página siguiente)

Servicios... (Continuación)

los Estados Unidos.

Los siguientes cursos de adiestramientos basados en la Web están disponibles en el sitio Web de [First Coast University](#) para ayudar a proveedores aprender más sobre la facturación adecuada del modificador -25 así como también los requisitos de documentación para respaldar la necesidad o validez de su uso:

- [Introducción a cirugía global](#)
- [Modificador -25](#)
- [Petición de documentación médica](#)

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

Facturación

Cambios de codificación a procedimientos diagnósticos para el monitoreo de Doppler transesofágico

Número de *MLN Matters*: MM8330

Número de petición de cambio relacionado: 8330

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de julio de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2743CP

Fecha de implementación: 26 de agosto de 2013



Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) instruyeron a los contratistas de Medicare a reconocer y aceptar el código G9157 del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) cuando es facturado por el monitoreo de Doppler esofágico (esophageal Doppler monitoring), efectivo para los servicios provistos a los beneficiarios de Medicare a partir del 1 de enero de 2013.

El código HCPCS G9157 para el monitoreo de Doppler esofágico reemplazará el código no listado 76999 (*Unlisted ultrasound procedure (e.g., diagnostic, interventional)*) efectivo para las respectivas reclamaciones.

El monitoreo de Doppler esofágico es un procedimiento de diagnóstico indicado para pacientes con ventilación en la unidad de cuidado intensivo (ICU) y pacientes operatorios con necesidad de optimización de fluidos intraoperatorios y es sólo cubierto cuando es provisto en un lugar de servicio (POS) de hospitalización 21.

Los servicios bajo el código G9157 incluyen la inserción, colocación y reposicionamiento de la sonda Doppler esofágica en adición a la(s) evaluación(es) con reporte, adquisición de imagen(es), e interpretación(es) por tratamiento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8330.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8330, 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/R2743CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2743, CR 8330

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.

¿Cuándo recolectar el deducible de un beneficiario?

Cuando se acepta la asignación, la Parte B de Medicare **recomienda**:

- Debido a que es difícil predecir cuándo las sumas del deducible/coaseguro serán aplicadas - y la recolección excesiva se considera abuso del programa - **no recoja estos montos hasta que reciba el pago de la Parte B de Medicare.**
- Si usted cree que puede predecir con exactitud el monto del coaseguro y desea recogerlo antes de que se reciba el pago de Medicare de la Parte B, anote el monto recaudado por el coaseguro en su formulario de reclamación. (No se recomienda que recoja el deducible antes de recibir pagos de Medicare de la Parte B, ya que, como se señaló anteriormente, **la recolección excesiva se considera abuso del programa** y puede provocar que una parte del cheque del proveedor se expida a los beneficiarios en reclamaciones asignadas).
- No muestre las cantidades recolectada de los pacientes si el servicio nunca está cubierto por la Parte B de Medicare o si cree que, en un caso concreto, se puede negar el pago del servicio. Donde se muestran las sumas pagadas de pacientes por los servicios que se les niega el pago, una parte del cheque del proveedor puede ir al beneficiario.

Inscripción de proveedores

Dándose de baja de Medicare y/o seleccionando ordenar y referir servicios

Número de *MLN Matters*: SE1311

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 médicos y otros profesionales de la salud quienes están permitidos por ley a darse de baja del programa de Medicare deberán presentar una declaración jurada a Medicare en la cual ellos están de acuerdo en darse de baja de Medicare por un periodo de dos años y en cumplir otros ciertos criterios. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no tienen un formulario de declaración jurada estándar, así que los proveedores quienes deseen darse de baja deben proveer la información requerida descrita en este artículo para su contratista administrativo de Medicare.

Nota: hay diferencias entre los proveedores quienes están permitidos darse de baja y los proveedores quienes se den de baja y opten por ordenar y referir servicios.

A los proveedores que se den de baja quienes seleccionen ordenar y referir servicios se les pedirá proveer la siguiente información (a menos de que haya sido provisto en su declaración jurada escrita):

- Identificador nacional del proveedor
- Confirmación si existe una exclusión de la oficina del inspector general (OIG)
- Fecha de nacimiento
- Número de seguro social

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1311.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1311

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

Cambios de modificación para el TC de los servicios de patología prestados el mismo día como una visita de hospital ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM8399

Número de petición de cambio relacionado: 8399

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1276OTN

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Desde la activación de la modificación del archivo común de trabajo (CWF), han incrementado las apelaciones de médicos y suplidores quienes han recibido denegaciones por el componente técnico (TC) de servicios de patología cuando estos ocurrieron en la misma fecha de servicio (DOS) como un servicio de hospital ambulatorio. Mientras que la mayoría de las denegaciones se han confirmado, algunas denegaciones se han anulado en base a la documentación de respaldo.

Por lo tanto, efectivo para las reclamaciones procesadas a partir del 1 de enero de 2014, el CWF permitirá un TC de una reclamación de patología cuando hay una reclamación en el historial del médico que ordena/refiere para el mismo DOS mientras que el TC de la reclamación de patología y de la reclamación del médico que ordena/refiere tengan un lugar de servicio no hospitalario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8399.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8399, 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/R1276OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1276, CR 8399

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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



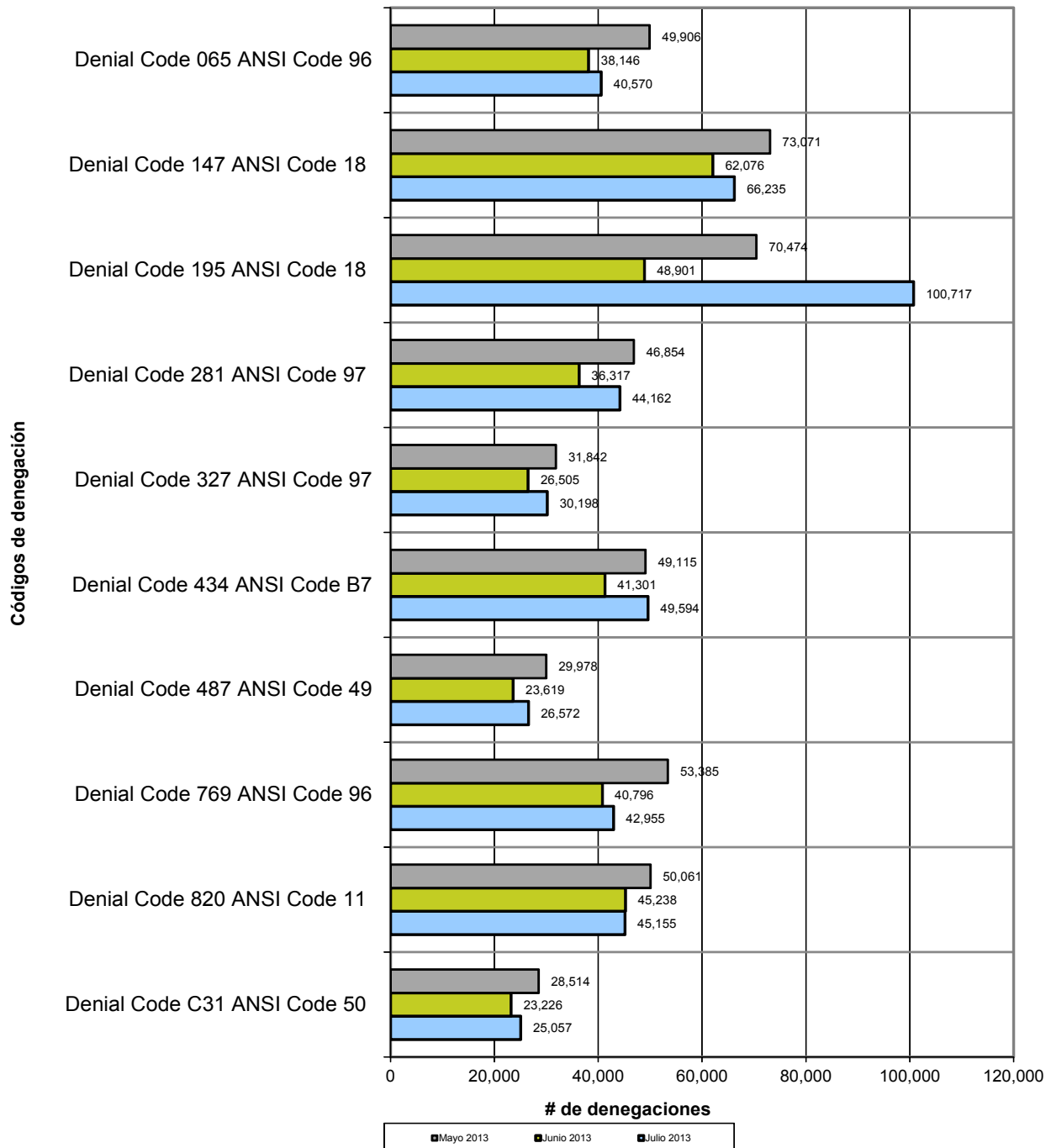
Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

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

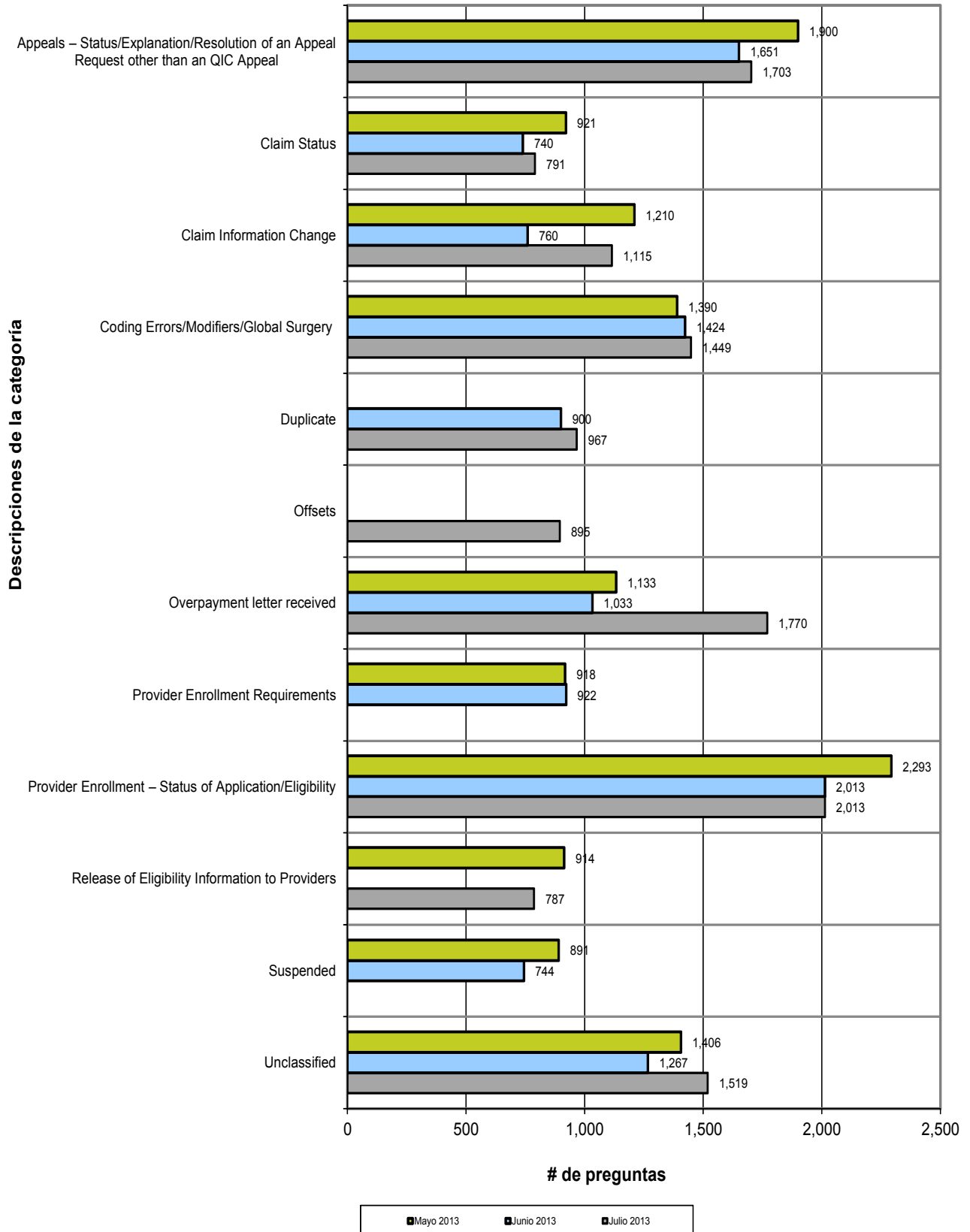
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de mayo a julio de 2013. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

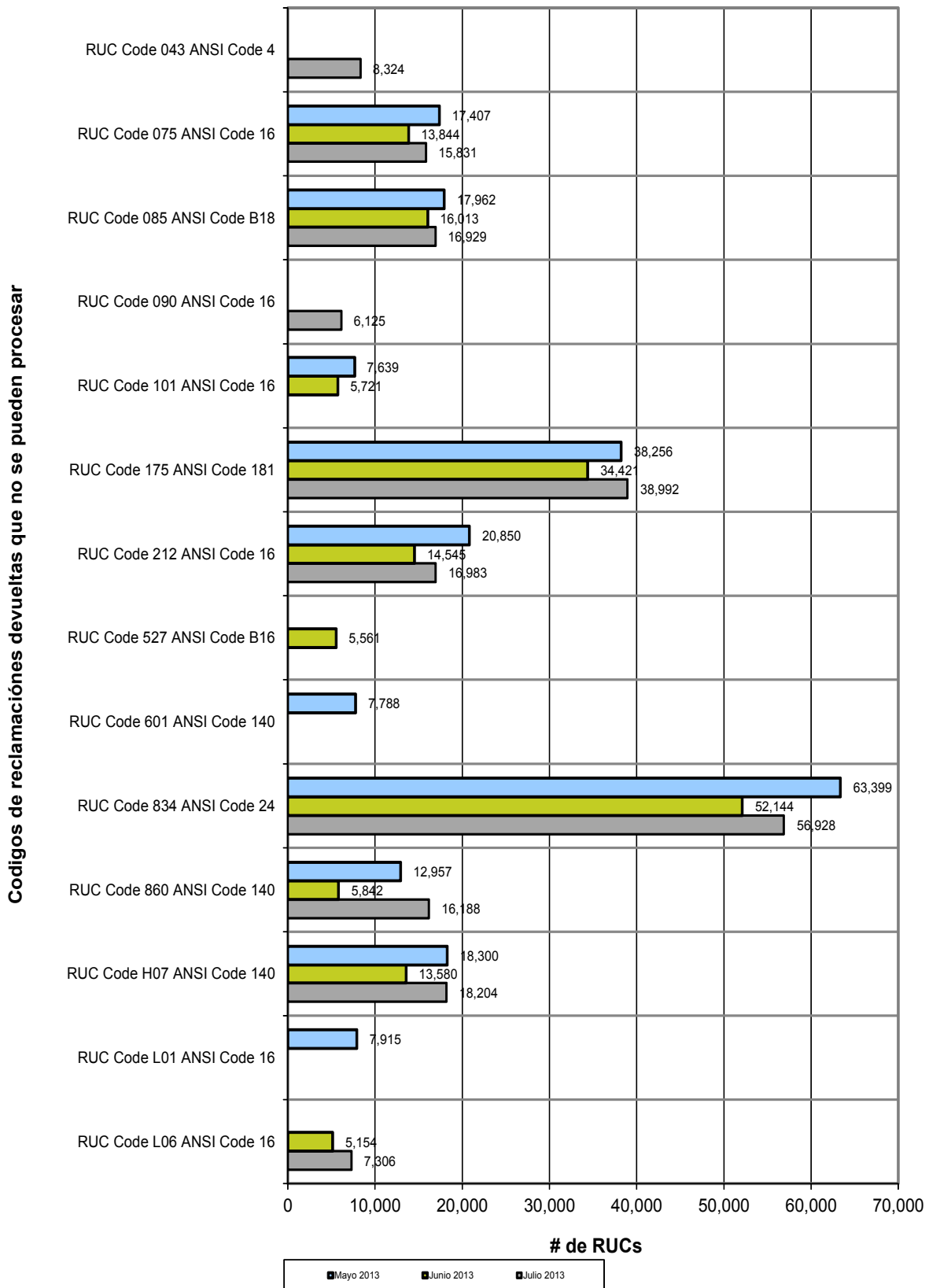
Denegaciones de Parte B más frecuentes en mayo-julio de 2013



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



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



Determinaciones locales de cobertura

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Arthrocentesis.....	44
Erythropoietin stimulating agents.....	44
Independent diagnostic testing facility (IDTF).....	44
Vinorelbine tartrate (Navelbine®).....	45
Noncovered services.....	45

LCD Nuevas

Molecular pathology procedures for human leukocyte antigens (HLA) typing.....	46
Molecular pathology procedures.....	47
Special EEG Tests.....	47
Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depressive disorder.....	48

Información médica adicional

Facturación y código de procedimiento 76942.....	48
--	----

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Arthrocentesis – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29061 (Florida)

Identificador de LCD: L29079 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para arthrocentesis fue más recientemente revisada el 1 de octubre de 2009. Desde entonces, la LCD ha sido revisada bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/ or Medical Necessity” de la LCD para añadir un texto indicando que arthrocentesis es un servicio cubierto cuando es realizado por un profesional de la salud (NPP) en cumplimiento con las leyes estatales, dentro de su ámbito de práctica/preparación y dentro de los estándares aceptados de práctica médica.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 19 de agosto de 2013**. 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Erythropoietin stimulating agents – revisión al anexo de la LCD de Parte B “Coding Guidelines”

Identificador de LCD: L29168 (Florida)

Identificador de LCD: L29339 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El anexo “Coding Guidelines” de la determinación de cobertura local (LCD) para el agente estimulante de la eritropoyesis (ESA) fue recientemente revisado el 1 de enero de 2013. Desde entonces, el anexo de la LCD “Coding Guidelines” ha sido actualizado basado en el Manual System, Pub 100-04, capítulo 8, sección 60.4.2, de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Efectivo para los servicios prestados a partir del 1 de julio de 2013, los proveedores deben identificar cuando un medicamento es administrado vía dializado a través de la adición el modificador JE (administered via dialysate [administrado a través de dializado]). Además, efectivo para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2012, todas las instalaciones que facturan por inyecciones de ESA para los beneficiarios de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) deben incluir el modificador de JA

en la reclamación para indicar una administración intravenosa o el modificador JB para indicar una administración subcutánea.

Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo de la LCD “Coding Guidelines” es efectiva para servicios provistos **a partir del 1 de enero de 2012**, para los modificadores JA y JB y para los servicios provistos **a partir del 1 de julio de 2013**, para el modificador JE. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión a la LCD Parte B

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El anexo “Coding Guidelines” de la determinación de cobertura local (LCD) para los centros de diagnóstico independiente (IDTF) fue recientemente revisado el 19 de marzo de 2013. Un artículo fue publicado previamente en Medicare A y B Al Día de junio de 2012 (página 37) indicando que los “Technician Qualification Requirements” han sido revisados para que los códigos CPT® 95860, 95861, 95863, 95864, 95867, 95868, 95869, 95870, 95885, 95886, y 95887 lean: Debe ser realizado por el médico de interpretación calificado. Desde entonces, el “Credentialing Matrix” en el anexo “Coding Guidelines” ha sido revisado.

Las revisiones incluyen lo siguiente:

- Bajo la columna “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” para los

(Continúa en la página siguiente)

Independent... (continuación)

códigos CPT® 95860-95864, 95867-95870, 95872 y 95885-95887, un signo de puntuación se añadió después de Board Certified (ABMS) Neurologist y luego de “American Board of Neurophysiology” y “qualified electrophysiologic clinical specialist” fue cambiado a “qualified clinical electrophysiology specialist”.

- Los “Technician Qualification Requirements” para los códigos CPT® 95860-95864, 95867-95872 y 95885-95887 fueron revisados como sigue: el procedimiento debe ser realizado personalmente por un médico calificado que puede o no ser el médico supervisor IDTF. Cuando el médico de desempeño calificado asiste deberá proporcionar supervisión personal durante la realización de la prueba(s) de electromiografía (EMG) para el técnico IDTF que proporciona asistencia*. Además, los procedimientos EMG pueden ser realizados personalmente por un terapeuta físico (PT) con la certificación ABPTS y certificación en este procedimiento específico.

* **Las siguientes se consideran las credenciales apropiadas para asistir a un médico que realiza un EMG:**

AAET: R. NCS.T, ABEM: CNCT o terapeuta físico licenciado por el estado con una certificación ABPTS.

- Los “Technician Qualification Requirements” para los códigos CPT® 95933 y 95937 fueron revisados para leer como sigue: acreditado por AAET: R. NCS.T, terapeuta físico licenciado por el estado con una certificación ABPTS o terapeuta físico calificado o “ABEM: CNCT”.

Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo de la LCD “Coding Guidelines” es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 9 de julio de 2013**, para servicios prestados **a partir del 29 de mayo de 2012**, 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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

Identificador de LCD: L29306 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para vinorelbine tartrate (Navelbine®) fue recientemente revisada el 18 de junio de 2013. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de la etiqueta de sarcoma de tejidos blandos (retroperitoneal/intra-abdominal). Además, se hizo una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir los códigos de diagnósticos 158.0, 171.5, y 171.9 y descriptores.

En adición, la sección “Sources of Information and

Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 26 de agosto de 2013**. 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Noncovered services – revisión a la LCD Parte B

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 1 de julio de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para remover los códigos HCPCS G0456 (Negative pressure wound therapy, (por ejemplo, recolección de drenaje asistida por vacío) utilizando un dispositivo controlado mecánicamente, no equipo médico duradero, incluyendo la provisión de cartucho y vendaje(s), aplicación(es) tópica(s), la evaluación de la herida y las instrucciones para el cuidado en curso, por sesión; herida(s) total(es) en el área de superficie menor o igual a 50 centímetros cuadrados) y G0457 (Negative pressure wound therapy, (por ejemplo, recolección de drenaje asistida por vacío) utilizando un dispositivo controlado mecánicamente, no equipo médico duradero, incluyendo la provisión de cartucho y vendaje(s), aplicación(es) tópica(s), la evaluación

(Continúa en la página siguiente)

Noncovered... (continuación)

de la herida y las instrucciones para el cuidado en curso, por sesión; herida(s) totales(s) área de superficie de más de 50 centímetros cuadrados) bajo el título “Devices” en la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes”.

Para todas las reclamaciones presentadas con los códigos HCPCS G0456 o G0457 se solicitará la documentación de registro médico y será revisada con base en una consideración individual. Cabe destacar que cuando un artículo o servicio se eliminan de la LCD de servicios no cubiertos, no implica una declaración de cobertura positiva y la cobertura por parte de Medicare. Por lo tanto, las reclamaciones facturadas por los códigos HCPCS G0456 y G0457 (asumiendo que se cumplan todos los demás requisitos del programa) siempre será necesario alcanzar el límite médicamente razonable y necesario para la cobertura de un pago por adelantado o pago posterior de la auditoría de los registros oficiales.

Cada vez que hay una situación en la cual se cumplirían los criterios de necesidad y razonabilidad médica de Medicare, nosotros recomendamos el uso de una notificación anticipada al beneficiario (ABN) y el anexo del modificador GA a los códigos facturados HCPCS. Para más detalles sobre la iniciativa de notificación al beneficiario (BNI) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), por favor, dirija a su navegador a este enlace: <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>. Tenga en cuenta que los servicios que conducen a, o asociados con servicios no cubiertos, tampoco están cubiertos.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 5 de agosto de 2013**. 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

LCD Nuevas**Molecular pathology procedures for human leukocyte antigens (HLA) typing – nueva LCD****Identificador de LCD: L29355 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Efectivo para los servicios provistos a partir del 1 de enero de 2013, Medicare implementó el uso de códigos de patología molecular de Current Procedural Terminology (CPT®). Los códigos CPT® 83890 hasta 83914, los cuales eran un componente del método de acumulación de codificación de pruebas de patología molecular, han sido eliminados para 2013.

La American Medical Association (AMA) en los CPT® de 2012 y 2013 categoriza los códigos de patología molecular como Tier (nivel) uno (códigos CPT® 81200-81383) o Tier dos (códigos CPT® 81400-81479). Las pruebas de diagnóstico molecular es una ciencia que evoluciona rápidamente en la cual la importancia de la detección de mutaciones específicas aún no se ha aclarado.

El enfoque de esta determinación de cobertura local (LCD) son los códigos CPT® Tier 1 (81370-81383) para procedimientos de patología molecular para la tipificación de Human Leukocyte Antigen, también conocido como HLA, los cuales son un grupo de proteínas presentes en la superficie de células blancas y otras células nucleadas. Estas proteínas ayudan al sistema inmunológico del cuerpo a identificar sus propias células y a distinguir entre “propias” y “no propias”.

Esta nueva LCD ha sido desarrollada para incluir indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación, pautas de utilización, y códigos de procedimiento y diagnóstico que apoyen la necesidad médica.

Para pruebas de HLA-B*27 para el diagnóstico de pacientes sintomáticos con “presunta espondilitis anquilosante” (presumed ankylosing spondylitis) (código ICD-9 720.0), el contratista; solicitará documentación que apoye la necesidad médica para la prueba del médico en todos los casos donde “espondilitis anquilosante” (ankylosing spondylitis) está indicado como la razón para la prueba.

Los proveedores están obligados a codificar la especificidad, sin embargo, si CPT® 81479 (procedimiento de patología no listado) es utilizado, la documentación debe claramente identificar el procedimiento único de patología molecular efectuado. Cuando múltiples códigos de procedimiento son presentados en una reclamación (única y/o no listada) la documentación que apoya cada código debe ser fácilmente identificable. Si en la revisión el contratista no puede vincular un código facturado a la documentación, este servicio será denegado en base al título XVIII del Social Security Act, §1833(e).

(Continúa en la página siguiente)

Molecular... (continuación)

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast 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 “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Molecular pathology procedures – nueva LCD

Identificador de LCD: L33703 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los procedimientos de patología molecular son procedimientos de laboratorio médico que envuelven el análisis de ácido nucleico para detectar variantes en genes que pueden ser indicativos de la línea germinal (por ejemplo, trastornos constitucionales) o condiciones somáticas (por ejemplo, neoplasia), o para detectar antígenos de histocompatibilidad (por ejemplo, HLA). Teniendo en cuenta la eliminación de los códigos de procedimiento de apilamiento (83890-83914) en el manual de CPT® 2013 de la American Medical Association (AMA) y los códigos de procedimientos de evaluación basados en el conjunto (88384-88386), los códigos de patología molecular ahora incluyen todos los servicios analíticos realizados en la prueba (por ejemplo, lisis celular, estabilización de ácido nucleico, extracción, digestión, amplificación, y detección).

Los códigos de procedimiento de patología molecular están categorizados por dos “tiers” (niveles). Los códigos de patología molecular del Tier 1 (81200–

81383) son aplicables a biomarcadores específicos que representan procedimientos genómicos y específicos al gene. Los códigos de patología molecular del Tier 2 (81400 - 81408) representan múltiples biomarcadores y están organizados por nivel de recursos técnicos y trabajo interpretativo por el médico u otro profesional del cuidado de la salud calificado. Los procedimientos de Tier 2 son realizados en volúmenes más bajos que los procedimientos de Tier 1 (por ejemplo, la incidencia de la enfermedad que está siendo probada es poco común).

El enfoque de esta determinación de cobertura local (LCD) es proveer orientación general a las aplicaciones médicamente necesarias y razonables de los procedimientos de patología molecular descritos en el rango de código CPT® 81200-81479 (con la excepción de pruebas de HLA 81370-81373 abordadas en la LCD para el Molecular Pathology for Human Leukocyte Antigen). Esta nueva LCD ha sido desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, requerimientos de documentación, y pautas de utilización para procedimientos de patología molecular.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (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 “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Special EEG Tests – nueva LCD

Identificador de LCD: L33699 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada basada en análisis de datos y revisión de reclamaciones lo cual resultó en la identificación de anomalías en Florida para los siguientes códigos CPT®: 95951 (*Monitoring for localization of cerebral seizure focus by cable or radio, 16 or more channel telemetry, combined electroencephalographic (EEG) and video recording and interpretation (e.g., for presurgical localization), each 24 hours*), 95953 (*Monitoring for localization of cerebral seizure focus by computerized portable 16 or more channel EEG, electroencephalographic (EEG) recording and interpretation, each 24 hours, unattended*), y 95957 (*Digital analysis of electroencephalogram (EEG) (e.g., for epileptic spike analysis)*). El análisis de datos también identificó que los EEG ambulatorios fueron consistentemente facturados por ciertos proveedores antes de un EEG en descanso según requerido por NCD 160.22-Ambulatory EEG Monitoring.

Adicionalmente, fue determinado que el análisis de pico digital de 95957-EEG (95957-EEG digital spike analysis) fue consistentemente facturado por ciertos proveedores según incluido en un paquete inicial de cuidado y 1-2 meses más tarde esta prueba de EEG fue repetida con un paquete de atención diferente, y generalmente, una rutina de EEG no era facturada antes de la facturación de 95951, 95953, y 95957.

(Continúa en la página siguiente)

Special... (continuación)

Esta nueva LCD fue desarrollada para hacer frente a las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos de diagnóstico y procedimiento, pautas de documentación, y pautas de utilización para pruebas ambulatorias de EEG.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 7 de octubre de 2013. 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depressive disorder – nueva LCD

Identificador de LCD: L33676 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La estimulación magnética transcraneal (TMS es una modalidad de tratamiento no sistémico, no invasiva, que utiliza la fuerza de imágenes por resonancia magnética (MRI), campos pulsantes y magnéticos para inducir una corriente eléctrica en una región localizada de la corteza cerebral).

Esta determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para proveer acceso al cuidado de TMS como una opción de tratamiento para el manejo del trastorno depresivo mayor. Actualmente, los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) que describen la TMS (códigos CPT® 90867, 90868, y 90869) listados en esta LCD están incluidos en las LCD de servicios no cubiertos, y serán removidos a la finalización de esta LCD.

Esta LCD ha sido desarrollada para incluir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, requisitos de documentación, pautas de utilización, códigos de procedimiento, y códigos de diagnóstico de ICD-9-CM que apoyan la necesidad médica.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información Médica Adicional

Facturación y código de procedimiento 76942

En base a nuevas aportaciones, First Coast Service Options Inc. (First Coast), el contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9) está retirando artículos previos titulados *Guía de ultrasonido para ubicación de aguja en ambiente de oficina* y *Criterio mínimo para reembolso de pruebas diagnósticas de ultrasonido*. En la norma propuesta de 2014 para revisiones a políticas de pagos bajo las tarifas fijas de médicos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proponen una reducción en las unidades de valor relativas (RVU) basándose en las aportaciones de equipo y suposiciones sobre el tiempo del procedimiento para el código *Current Procedural Terminology (CPT®) 76942 (Ultrasound guidance for needle placement [eg, biopsy, aspiration, injection, localization device], imaging supervision and interpretation)*. La guía y grabación previa de First Coast de 76942 a un código de procedimiento no listado ha sido anulada y se realizarán ajustes a reclamaciones. Sin embargo, los servicios que eran previamente denegados como no razonables y necesarios para un servicio de guía ecográfica permanecerán denegados.

En base a la literatura clínica y aportación de médicos practicantes en varias especialidades, MAC J9 sostiene que la guía ecográfica puede no ser razonable y necesaria y no es el estándar establecido de cuidado para todos los procedimientos de colocación de agujas. Por lo tanto, la facturación y codificación del código de procedimiento de guía ecográfica 76942 con un procedimiento asociado debe estar claramente respaldada en el registro médico como cumpliendo con los requisitos razonables y necesarios para cobertura para el beneficiario determinado o no debería estar codificado y presentado con la reclamación. Durante auditoría, si la documentación no está respaldando que la guía ecográfica proporcionó valor clínico, la reclamación será

(Continúa en la página siguiente)

Facturación... *(continuación)*

denegada. Los proveedores también deben tener en cuenta las determinaciones de cobertura locales (LCD) de MAC J9 que específicamente no cubren o limitan la cobertura de la guía ecográfica para procedimientos de inyección específicos. Por ejemplo, la LCD L29298 (Florida) y la LCD L29403 (Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos) - Treatment of varicose veins of the lower extremity, específicamente declara bajo Limitaciones “Intraoperative ultrasound guidance is not separately reimbursable” (la guía ecográfica intraoperatoria no es reembolsable separadamente), y en las pautas de codificación la LCD declara “Procedure code 76942 represents a service that is not covered by Medicare for the purposes of this LCD” (el código de procedimiento 76942 representa un servicio que no es cubierto por Medicare para propósitos de esta LCD). Otra LCD que los proveedores deben tener en cuenta es la L29307 (Florida) / L29408 (Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos) - Viscosupplementation therapy for knee. Esta LCD específicamente declara bajo Limitaciones que “procedimientos de imágenes realizados rutinariamente para el propósito de visualización de la rodilla para proporcionar una guía para colocación de la aguja no será cubierto. La fluoroscopia puede ser médicamente necesaria y permitida si la documentación respalda que la presentación de la rodilla afectada del paciente el día del procedimiento, hace la inserción de la aguja problemática. Ninguna otra modalidad de imagen para el propósito de guiado de la aguja y colocación será cubierto.”

No se espera que profesionales de la salud (NPP) realicen procedimientos utilizando 76942 ya que no están calificados para “interpretar” ultrasonidos diagnósticos. Tenga en cuenta que este código incluye “supervisión de imagen e interpretación.” Una interpretación de la guía ecográfica debe ser documentada en el registro médico del paciente para poder facturar separadamente este código de procedimiento.

Es de destacar que la ecografía musculoesquelética de diagnóstico tiene códigos únicos. Los códigos CPT® 76881 (*Ultrasound, extremity, nonvascular, real-time with image documentation; complete*) y 76882 (*Ultrasound, extremity, nonvascular, real-time with image documentation; limited, anatomic specific*) describen un procedimiento de imágenes por ultrasonido para la evaluación de músculos, tendones, articulaciones, y/o estructuras de tejido blando generalmente después de una radiografía estándar que no determina el diagnóstico y otras imágenes no están indicadas (MRI, etc.). El uso de estos códigos de procedimientos con aspiración y/o inyección no se esperarían a menos de que una evaluación de diagnóstico musculoesquelética esté indicada y documentada como razonable y necesaria.

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

Formulario de Parte B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número apropiado de la cuenta de First Coast. No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo. **Nota:** El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; se requieren pagos por separado para la compra de cuentas diferentes.

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2013 a septiembre 2014.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2013 – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2013, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y **envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario** pagable al número de la cuenta de First Coast (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Nota: El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; pagos por separado son requeridos para la compra de cuentas diferentes.

Envíe este formulario con su pago a: **First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443 Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45036
Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45015
Jacksonville, FL 32232-5015

Exámenes médicos posteriores al pago

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

Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA*)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45092
Jacksonville, FL 32232-5092

Fraude y abuso de Medicare

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

Pagos en exceso, preguntas de Medicare como pagador secundario, administración de dinero en efectivo
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45040
Jacksonville, FL 32232-5040

Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito

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

Proveedores participantes

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

Reclamaciones de quiropráctico

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

Reclamaciones de ambulancia

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

Medicare como pagador secundario

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

Reclamaciones ESRD

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

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones

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

Solicitud de audiencias justas

Audiencias Medicare
P.O. Box 45156
Jacksonville FL 32232-5156

Freedom of Information Act

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

Audiencias juez de derecho administrativo

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

Estatus/preguntas generales

Correspondencia Medicare Parte B
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Sobrepagos

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

Reclamaciones de (DME), prósticos u ortóticos

CSG Administrators, LLD
P.O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

Reclamaciones electrónicas

(EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

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

Desarrollo adicional

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

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

Misceláneo

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

Cambio de dirección del proveedor

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educacionales

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

Limitación de asuntos de cargos

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

Verificación de reembolso:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

Palmetto GBA
Ferrocarril Medicare Parte B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso

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

Jacksonville, FL 32232-5087

Números telefónicos

Proveedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
1-866-454-9007

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

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:

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

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

Registro eventos educacionales (línea no gratiuta):

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prósticos

Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

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

Beneficiarios

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

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

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

Correo electrónico:
AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente Beneficiarios

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

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

Registro de eventos educativos

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager