

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Marzo 2020



En esta edición

Anuncio de recordatorio de MSI: ¡Aún hay tiempo de evaluar nuestros servicios!	4
MLN Connects® Edición Especial para el 4 de marzo de 2020	5
Inyección de articulación sacroilíaca -revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte B	19

Nuevo identificador del beneficiario de Medicare -- obténgalo, úselo

Número de *MLN Matters*®: SE 18006 *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

Existen tres maneras de obtener el identificador de beneficiario de Medicare (MBI), las cuales son vigentes cuando el beneficiario era o es elegible para Medicare. Este artículo fue más recientemente revisado el 19 de marzo de 2020, para aclarar que el nombre, apellido, fecha de nacimiento, y SSN del beneficiario son necesarios para utilizar la herramienta de búsqueda de MBI. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

La fecha de efectividad del identificador del beneficiario de Medicare (MBI), así como el antiguo número de reclamación de seguro de salud (HICN), es la fecha en que cada beneficiario era o es elegible para Medicare. Utilice los MBIs para todas las transacciones de Medicare. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) reemplazaron los HICNs basados en el número de seguro social (SSN) con el MBI y enviaron tarjetas nuevas de Medicare a todos los beneficiarios de Medicare.

Las tarjetas con MBIs ofrecen mejor protección de identidad.

Existen tres maneras de obtener MBIs.

1. Pregúntele a sus pacientes de Medicare
2. Utilice la [herramienta de búsqueda de MBI](#) (en inglés) segura del MAC
3. Verifique la remesa de pago

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE18006.pdf>.

Edición especial (en inglés) de CMS *MLN Matters*® artículo SE18006

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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Pautas de presentación de reclamación

Nuevo identificador del beneficiario de Medicare -- obténgalo, úselo1

Recursos educativos

Calendario de eventos.....3

Anuncio de recordatorio de MSI: ¡Aún hay tiempo de evaluar nuestros servicios!4

CMS MLN Connects®

MLN Connects® para el 20 de febrero de 2020.....4

MLN Connects® para el 27 de febrero de 2020.....5

MLN Connects® Edición Especial para el 4 de marzo de 2020.....5

MLN Connects® para el 5 de marzo de 2020.....7

MLN Connects® Edición Especial para el 6 de marzo de 2020.....7

MLN Connects® Edición Especial para el 9 de marzo de 2020.....9

MLN Connects® para el 12 de marzo de 2020.....9

MLN Connects® Edición Especial para el 13 de marzo de 2020.....10

Parte A

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de SNF incorrectamente canceladas.....11

FQHC: Ajuste masivo de reclamaciones.....11

Determinaciones de Cobertura Local de las Partes A y B.....12

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B13

Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y de la Parte B.....13

Reemplazo articular mayor (cadera y rodilla) – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B.....13

Trastuzumab - medicamentos biológicos trastuzumab -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B.....14

Pegfilgrastim -- revisión a la determinación de cobertura local y al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B.....14

Revisión al artículo de facturación y codificación A57077 de la Parte A y Parte B14

Radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia del cuerpo estereotáctico (SBRT) – revisión a la determinación de cobertura local y al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B.....15

Revisión al artículo de facturación y codificación A57778 de la Parte A y Parte B15

Revisión al artículo A52571 de la Parte A y la Parte B.....15

Contactos de la Parte A.....16

Parte B

OTPs

Tarifas revisadas para programas de tratamiento de opioides (OTPs).....17

Determinaciones de Cobertura Local de la Parte B.....18

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Inyección de articulación sacroilíaca -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte B19

Bloques de nervios periféricos -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte B.....19

LCDs/Artículos retirados

Múltiples LCDs de la Parte B están siendo retiradas19

Información de contacto de Puerto Rico20

Información de contacto de Florida.....21

Información de contacto de Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....22

Medicare A y B Al Día

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® five-digit codes, descriptions, and other data only are copyright© 2018 by 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-10-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2019 Optum 360, LLC. 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.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Abril de 2020

Medicare como Pagador Secundario: Planes basados en el patrono (A/B)

Cuando: Martes, 14 de abril
Hora: 10-11:30 a.m. ET
Tipo: *Webcast*

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

Visite nuestra lista completa de próximos eventos

Nota: A menos que se indique lo contrario, los tiempos designados para eventos educativos están indicados como tiempo del este (ET) y la prioridad de estos eventos se encuentra en la Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Dos formas fáciles de inscribirse

Por internet - visite nuestro sitio web de cursos al proveedor *First Coast University* 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 1-904-361-0407. 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 nuestra [página web](#) para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.).



MLN Connects® para el 20 de febrero de 2020

MLN Connects® para el 20 de febrero de 2020

Veá esta edición como PDF 

Noticias

- CMS Desarrolla Nuevo Código para Prueba de Laboratorio del Coronavirus
- Estadísticas del Programa de CMS: Datos del 2018
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare

Cumplimiento

- Facture Correctamente por Servicios de Telesalud de Medicare

Eventos

- Cuidado de la Demencia: Llamada de Kit de Herramientas de CMS — 3 de marzo
- Proveedores de la Parte A: Llamada de Demostración de Apelaciones QIC — 5 de marzo
- Organizaciones de Ambulancia Terrestre: Llamada de Recopilación de Datos para Organizaciones Basadas en la Seguridad Pública — 12 de marzo
- Pagos Abiertos: Llamada de Su Rol en la Transparencia del Cuidado de la Salud — 19 de marzo

Artículos de MLN Matters®

- El Rol de la Terapia bajo el Modelo de Agrupaciones Enfocadas en el Paciente (PDGM) de Salud en el Hogar
- Segunda Actualización a la CR 11152 de la Implementación del Modelo de Agrupaciones Enfocadas en el Paciente (PDGM) en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)
- Nuevo Identificador del Beneficiario de Medicare (MBI) Obtégalo, Úselo — Revisado
- Lo Que las Nuevas Agencias de Salud en el Hogar (HHAs) Necesitan Saber acerca de Ser Ubicado en un Periodo Provisional de Mayor Supervisión — Revisado
- Actualización de abril de 2020 a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma. Revisión (ICD-10) y Otras Revisiones de Codificación a Determinaciones de Cobertura Nacional — Revisado

Publicaciones

- Simplificación Administrativa: Transacciones de EFT y ERA

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

Anuncio de recordatorio de MSI: ¡Aún hay tiempo de evaluar nuestros servicios!

Aún hay tiempo para compartir sus experiencias acerca de los servicios que brindamos. Por favor, complete la encuesta de Indicador de Satisfacción de MAC (MSI). Los resultados de esta encuesta nos ayudarán a obtener información valiosa y determinar mejoras en el proceso. (En inglés)

https://www.surveygizmo.com/s3/5439699/?MAC_BRNC=9&MAC=JN-First_Coast

MLN Connects® para el 27 de febrero de 2020

MLN Connects® para el 27 de febrero de 2020

Vea esta edición como PDF 

Noticias

- Programa de Pago de Calidad: Periodo de Envío de Datos de MIPS 2019 Abierto hasta el 31 de marzo
- Modificadores de Anestesia: Reporte de Facturación Comparativa en marzo

Cumplimiento

- Servicios de Centro de Rehabilitación de Pacientes Internos: Siga los Requisitos de Facturación de Medicare

Reclamaciones, precios y códigos

- COVID-19: Nuevo Código de ICD-10-CM y Guía de Codificación Provisional
- Problema de Reclamaciones PDPM de SNF
- FQHC: Ajuste Masivo de Reclamaciones

Eventos

- Cuidado de la Demencia: Llamada de Kit de Herramientas de CMS — 3 de marzo
- Proveedores de la Parte A: Llamada de Demostración de Apelaciones QIC — 5 de marzo
- Organizaciones de Ambulancia Terrestre: Llamada de Recopilación de Datos para Organizaciones Basadas en la Seguridad Pública — 12 de marzo

- Pagos Abiertos: Llamada de Su Rol en la Transparencia del Cuidado de la Salud — 19 de marzo

Artículos de MLN Matters®

- Actualización Trimestral a la Base de Datos de las Tarifas Fijas de Médicos de Medicare (MPFSDB) — Actualización de abril de 2020
- Implementación del Ajuste de Pago del Porcentaje de Pago de Alta (DPP) para Cuidado Prolongado de Hospital (LTCH)
- Criterios de Uso Apropriado (AUC) para Imágenes Diagnósticas Avanzada — Aprobación del Uso del Segmento K3 para Reclamaciones Institucionales — Revisado
- Aceptando Pagos de Pacientes con un Acuerdo Aparte con Medicare — Revisado
- Especificaciones del Editor de Códigos Ambulatorios Integrados (I/OCE) Versión 21.0 de enero de 2020 — Revisado

Publicaciones

- Hoja Informativa Trimestral de Cumplimiento de Proveedores de Medicare, Volumen 10, Edición 2
- Programa de Pago de Calidad: Recursos de 2020

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® Edición Especial para el 4 de marzo de 2020

CMS anuncia acciones para abordar la propagación del coronavirus

CMS hace un llamado a todos los proveedores de cuidado médico para que activen las prácticas de control de infecciones y emite directrices a inspectores mientras inspeccionan las instalaciones afectadas por el coronavirus

El 4 de marzo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron varias acciones destinadas a limitar la propagación del Nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19). Específicamente, CMS está emitiendo un llamado a la acción a los proveedores de cuidado médico en todo el país para asegurarse de que estén implementando sus procedimientos de control de infecciones, que deben mantener en todo momento. Además, CMS está anunciando que, con vigencia inmediata y, hasta nuevo aviso, las agencias de encuestas estatales y las organizaciones de acreditación enfocarán sus inspecciones de las instalaciones exclusivamente en asuntos relacionados con el control de infecciones y otras amenazas graves de salud y seguridad, como denuncias de abuso, comenzando con hogares de ancianos y

hospitales. Críticamente, este cambio de enfoque, anunciado por primera vez ayer por el vicepresidente Pence, permitirá a los inspectores concentrar sus energías en abordar la propagación de COVID-19.

Como la agencia responsable de Medicare y Medicaid, CMS requiere que las instalaciones mantengan políticas de control y prevención de infecciones como condición para participar en los programas. CMS también está emitiendo tres memorandos para las agencias de encuestas estatales, los directores de las agencias de encuestas estatales y las organizaciones de acreditación, para inspeccionar a miles de proveedores de cuidado médico que participan en Medicare en todo el país, incluidos hogares de ancianos y hospitales.

“Las acciones de hoy, tomadas en conjunto, representan un llamado a la acción en todo el sistema de cuidado médico”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “Todos los proveedores de cuidado médico deben revisar de inmediato sus procedimientos para garantizar el cumplimiento de los requisitos de control de infecciones de CMS, así como las directrices de los Centros para

Ver **MLN**, en la página 6

MLN

De la página 5

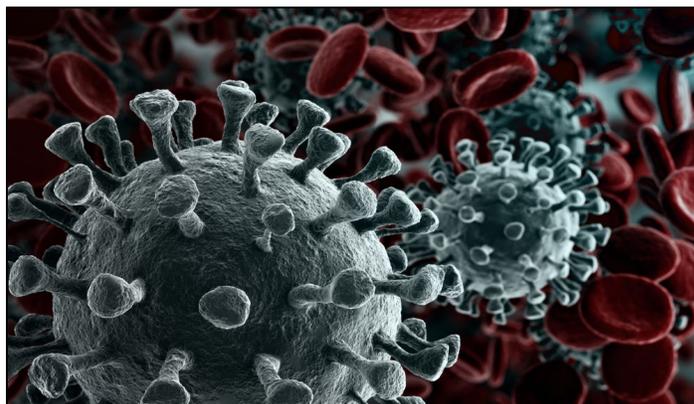
el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Apreciamos sinceramente los esfuerzos proactivos de las asociaciones de hogares de ancianos y hospitales que ya se han animado a brindar información actualizada a sus miembros. Debemos continuar trabajando juntos para mantener a los pacientes y residentes americanos seguros y saludables y evitar la propagación de COVID-19”.

El primer memorando provee detalles importantes con respecto al enfoque temporal de las encuestas sobre el control de infecciones y otros problemas emergentes. Es importante destacar que, además de las inspecciones enfocadas, las inspecciones requeridas por ley también continuarán en los 15,000 hogares de ancianos en todo el país utilizando los aproximadamente 8,200 inspectores de agencias de encuestas estatales. Las encuestas se realizarán de acuerdo con el siguiente régimen:

- Todas las quejas de peligro inmediato (una situación en la cual el incumplimiento de la entidad ha puesto la salud y la seguridad de los destinatarios bajo su cuidado en riesgo de lesiones graves, daños graves, discapacidad grave o muerte o daño) y denuncias de abuso y negligencia;
- Quejas que alegan problemas de control de infecciones, incluidas las instalaciones con COVID-19 potencial u otras enfermedades respiratorias;
- Las encuestas de recertificación requeridas por ley (hogar de ancianos, salud en el hogar, hospicio e instalaciones ICF/IID);
- Cualquier nueva visita necesaria para resolver las acciones de cumplimiento actuales;
- Certificaciones iniciales;
- Encuestas de instalaciones/hospitales que tienen antecedentes de deficiencias de control de infecciones en el nivel de riesgo inmediato en los últimos tres años.;
- Encuestas de instalaciones / hospitales / centros de diálisis que tienen antecedentes de deficiencias en el control de infecciones a niveles más bajos que el peligro inmediato

El memorando también incluye protocolos para el proceso de inspección en situaciones en las que se identifica o sospecha el COVID-19. Estos protocolos incluyen trabajar en estrecha colaboración con las oficinas regionales de CMS, coordinar con los CDC y otras agencias relevantes en todos los niveles de gobierno. La agencia también provee orientación clave relacionada con el uso de los equipos de protección personal adecuados por parte de los inspectores.

Los otros dos memorandos brindan respuestas críticas a preguntas comunes que los hogares de ancianos y los hospitales pueden tener con respecto a abordar



los casos de COVID-19. Por ejemplo, los memorandos discuten inquietudes como el personal de detección y los visitantes con preguntas sobre viajes recientes a países con casos conocidos y la gravedad de la infección que justificaría la hospitalización en lugar del aislamiento. Detallan el proceso para transferir pacientes entre hogares de ancianos y hospitales en los casos en que se sospecha o diagnostica el COVID-19. También describen las circunstancias bajo las cuales los proveedores deben tomar medidas de precaución (como aislamiento y uso de mascarillas) para pacientes y residentes diagnosticados con COVID-19, o que muestren señales y síntomas de COVID-19.

Finalmente, la agencia anuncia que ha desplegado un especialista en prevención de infecciones en la sede de los CDC en Atlanta para ayudar con el desarrollo de orientación en tiempo real.

Estas acciones de CMS se centran en proteger a los pacientes y residentes americanos al garantizar que las instalaciones de cuidado médico tengan información actualizada para responder adecuadamente a las inquietudes del COVID-19 y al mismo tiempo dejar claro a los proveedores que, como siempre, CMS los responsabilizará por las normas de control de infecciones. La agencia también provee a los inspectores la información necesaria y oportuna para inspeccionar las instalaciones de manera segura y precisa.

Para ver cada memorando, por favor visite (en inglés):

- [Suspensión de actividades de encuesta](#)
- [Directrices para el control y la prevención de infecciones relacionadas con la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\): preguntas frecuentes y consideraciones para el triage, ubicación y alta hospitalaria del paciente](#)
- [Directrices para el control de infecciones y la prevención de la enfermedad por coronavirus 2019 \(COVID-19\) en hogares de ancianos](#)

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

MLN Connects® para el 5 de marzo de 2020

MLN Connects® para el 5 de marzo de 2020

Vea esta edición como PDF 

Noticias

- Suplidores de DMEPOS: Códigos HCPCS Afectados por la Ley de Consignaciones Adicionales
- Programa de Promoción de Interoperabilidad de Medicare: Formularios de Reconsideración de CAH para el 6 de marzo
- Programa de Promoción de Interoperabilidad de Medicare: Presente Propuestas para Nuevas Medidas para el 1 de julio
- PEPPERS para Hospitales de Cuidado Agudo a Corto Plazo
- Archivo de Uso Público de Variación Geográfica de 2018
- Ayude a Sus Pacientes a estar Informados al Escoger Alimentos

Cumplimiento

- Tarifas Fijas de Ambulancia y Transportes de Medicare

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de Precios de Ventas Promedio: abril de 2020

Eventos

- Organizaciones de Ambulancia Terrestre: Llamada de Recopilación de Datos para Organizaciones Basadas en la Seguridad Pública — 12 de marzo
- Pagos Abiertos: Llamada de Su Rol en la Transparencia del Cuidado de la Salud — 19 de marzo
- Modificadores de Anestesia: Webinar de Reporte de Facturación Comparativa — 19 de marzo
- Organizaciones de Ambulancia Terrestre: Llamada de Recopilación de Datos para Proveedores de Medicare — 2 de abril

- Programas de Reporte de Calidad de LTCH e IRF: Evento de Capacitación Más a Fondo de SPADEs — 9-10 de junio

Artículos de MLN Matters®

- Elementos Estándar para Pedido de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortóticos y Suministros (DMEPOS), y Lista Maestra de Artículos de DMEPOS Potencialmente Sujetos a un Encuentro Cara a Cara y Órdenes por Escrito Antes de la Entrega y, o Requisitos de Autorización Previa
- Actualización de Código de Comentario de Remesa de Pago (RARC), Código de Denegación de Ajuste de Reclamaciones (CARC), Medicare Remit Easy Print (MREP) y PC Print
- Actualización Trimestral para el Periodo de Brecha Temporal del Programa de Licitación Competitiva (CBP) de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortóticos y Suministros (DMEPOS) — abril de 2020
- Actualización de julio de 2020 a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma. Revisión (ICD-10) y Otras Revisiones de Codificación a Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs)

Publicaciones

- Simplificación Administrativa: Conceptos Básicos de Estado de Reclamación
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Umbral de Cumplimiento de Cronograma para Presentaciones de HIS
- Guía para Reducir Disparidades de Enfermedad Renal Crónica en el Entorno de Cuidado Primario

Multimedia

- Llamada de Servicios de Ambulancia: Grabación de Audio y Transcripción

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® Edición Especial para el 6 de marzo de 2020

CMS Desarrolla código adicional para pruebas de laboratorio del coronavirus

La Agencia emite hojas informativas detallando cobertura bajo programas

El 6 de marzo, CMS tomó medidas adicionales para garantizar que los pacientes, las instalaciones de cuidado médico y los laboratorios clínicos de Estados Unidos estén preparados para responder al Coronavirus Novel 2019 (COVID-19).

CMS ha desarrollado un segundo código del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que los laboratorios pueden usar para facturar ciertas pruebas

de diagnóstico COVID-19 para ayudar a aumentar las pruebas y rastrear nuevos casos. Además, CMS lanzó nuevas hojas informativas que explican los servicios de Medicare, Medicaid, el Programa de seguro médico para niños y el Seguro privado de mercado individual y de grupos pequeños para servicios que también ayudan a los pacientes a prepararse.

“CMS continúa aprovechando todas las herramientas a nuestra disposición para responder a COVID-19”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “Nuestro nuevo código ayudará a alentar a los médicos y laboratorios a utilizar estas pruebas esenciales para los pacientes que las necesitan. Al mismo tiempo, estamos proporcionando

Ver **MLN**, en la página 8

MLN De la página 7

información crítica a nuestros 130 millones de beneficiarios, muchos de los cuales se preguntan comprensiblemente qué se cubrirá cuando se trata de este virus. CMS continuará dedicando todos los recursos disponibles a este esfuerzo, mientras cooperamos con otras agencias gubernamentales para mantener a salvo al pueblo estadounidense.”

HCPCS es un sistema de codificación estandarizado que Medicare y otras aseguradoras de salud utilizan para presentar reclamaciones por los servicios prestados a los pacientes. El mes pasado, CMS desarrolló el primer código HCPCS (U0001) para facturar las pruebas y rastrear nuevos casos del virus. Este código se usa específicamente para los laboratorios de pruebas de los CDC para evaluar pacientes con SARS-CoV-2. El segundo código de facturación de HCPCS (U0002) permite a los laboratorios facturar las pruebas de laboratorio que no son de CDC para SARS-CoV-2/2019-nCoV (COVID-19). El 29 de febrero de 2020, la Food and Drug Administration (FDA) emitió una nueva política simplificada para que ciertos laboratorios desarrollen sus propios diagnósticos COVID-19 validados. Este segundo código HCPCS puede usarse para pruebas desarrolladas por estos laboratorios adicionales al presentar reclamaciones a Medicare o aseguradoras de salud. CMS espera que el tener códigos específicos para estas pruebas fomente las pruebas y mejore el seguimiento.

Los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare podrán aceptar estos códigos a partir del 1 de abril de 2020, para las fechas de servicio a partir del 4 de febrero de 2020. Los contratistas administrativos locales de Medicare (MAC) son responsables de desarrollar el monto del pago de las reclamaciones que reciban por estos códigos HCPCS recientemente creados en sus respectivas jurisdicciones hasta que Medicare establezca tasas de pago nacionales. Los laboratorios pueden buscar orientación de su MAC sobre el pago de estas pruebas antes de facturarlas. Al igual que con otras pruebas de laboratorio, generalmente no hay costo compartido de beneficiarios bajo Original Medicare.

Para garantizar que el público tenga información clara sobre la cobertura y los beneficios de los programas de CMS, la agencia también publicó tres hojas informativas (en inglés) que cubren pruebas de laboratorio de diagnóstico, inmunizaciones y vacunas, telemedicina, medicamentos y políticas de costos compartidos.

Puntos claves de la hoja informativa de Medicare: Además de las pruebas de diagnóstico descritas anteriormente, Medicare cubre todas las hospitalizaciones médicamente necesarias, así como breves “controles virtuales”, que permiten a los pacientes y sus médicos conectarse por teléfono o video chat.

Puntos claves de la hoja informativa de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP): Los servicios de pruebas y diagnóstico son servicios comúnmente cubiertos, y los servicios de laboratorio y rayos X son un beneficio obligatorio cubierto y reembolsado en todos los estados. Los estados están obligados a

proporcionar servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios a los beneficiarios. Todos los estados brindan cobertura de atención hospitalaria para niños y mujeres embarazadas inscritas en CHIP. Las preguntas específicas sobre los beneficios cubiertos deben dirigirse a la agencia estatal respectiva de Medicaid y CHIP.

Cobertura de seguro de mercado individual y para grupos pequeños: Las normas federales vigentes que rigen la cobertura del seguro de salud, incluso con respecto a las infecciones virales, se aplican al diagnóstico y tratamiento de Coronavirus (COVID-19). Esto incluye planes comprados a través de HealthCare.gov. Los pacientes deben comunicarse con su asegurador para determinar los beneficios específicos y las políticas de cobertura. Los detalles de beneficios y cobertura pueden variar según el estado y el plan. Los estados pueden optar por trabajar con planes y emisores para determinar la cobertura y los parámetros de costo compartido para los diagnósticos, tratamientos, equipos, telesalud y servicios de salud en el hogar relacionados con COVID-19 y otros costos relacionados.

Resumen de la acción de salud pública de CMS sobre COVID-19 hasta la fecha:

El 4 de marzo de 2020, CMS emitió un llamado a la acción a los proveedores de atención médica en todo el país para garantizar que estén implementando procedimientos de control de infecciones de larga data y emitió una guía importante para ayudar a las agencias de encuestas estatales y las organizaciones de acreditación a priorizar sus inspecciones de las instalaciones de atención médica para centrarse exclusivamente en cuestiones relacionadas con el control de infecciones y otros problemas de salud graves, y amenazas a la seguridad. Para más información en la acción que CMS está tomando para prepararse y responder a COVID-19, visite (en inglés): [CMS anuncia acciones para abordar la propagación del coronavirus](#).

El 13 de febrero de 2020, CMS emitió un nuevo código HCPCS para proveedores del cuidado de la salud para hacer pruebas en pacientes para el COVID-19 usando la prueba desarrollada por la CDC. Para más información sobre este código vea (en inglés): [Alerta de noticias de salud pública: CMS desarrolla nuevo código para pruebas de laboratorio del coronavirus](#).

El 6 de febrero de 2020, CMS emitió un [memo](#) (en inglés) para ayudar a las instalaciones de salud de la nación a tomar pasos críticos para prepararse para el COVID-19.

El 6 de febrero de 2020, CMS también brindó a los laboratorios certificados por CLIA información de cómo pueden hacer pruebas para el SARS-CoV-2. Lea más (en inglés) en el memorándum: [Suspensión de actividades de encuesta](#).

Para obtener información actualizada sobre el rango de actividades de CMS para abordar COVID-19, visite la página web (en inglés): [Emergencias actuales](#).

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

MLN Connects® Edición Especial para el 9 de marzo de 2020

Respuesta al COVID-19: CMS emite preguntas frecuentes (FAQs) para ayudar a proveedores de Medicare

El 6 de marzo, el CMS emitió [preguntas y respuestas frecuentes \(FAQ\)](#) (en inglés) para proveedores de cuidado médico con respecto al pago de Medicare por pruebas de laboratorio y otros servicios relacionados con el Coronavirus Novel-2019 (COVID-19). La agencia está recibiendo preguntas de los proveedores y creó este documento para ser transparente y compartir respuestas a algunas de las preguntas más comunes.

Incluidas en las preguntas frecuentes (FAQ) se encuentran:

- Directrices en cómo facturar y recibir pago para hacer pruebas en pacientes en riesgo de COVID-19.
- Detalles de las políticas de pago de Medicare para servicios de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos, y vacunas bajo la Parte B de Medicare, servicios de ambulancia, y otros servicios médicos provistos por médicos, hospitales, y centros que acepten recursos gubernamentales.
- Información sobre la facturación de servicios de telesalud o de proveedores a domicilio. Desde 2019, la Administración de Trump ha ampliado las flexibilidades para que CMS pague a los proveedores por registros virtuales y otras comunicaciones digitales con pacientes, lo que facilitará que los pacientes enfermos se queden en su casa y disminuya el riesgo de propagar la infección.

Estas preguntas frecuentes (FAQ), y acciones anteriores de CMS en respuesta al virus COVID-19 son parte de los esfuerzos en curso de la Fuerza Especial (Task Force) de la Casa Blanca.

Para mantenerse al día con el importante trabajo que CMS está haciendo en respuesta a COVID-19, visite el sitio web (en inglés), [Emergencias Actuales](#).

Abajo hay una lista actualizada (enlaces en inglés) de las acciones de CMS hasta el momento:

- **5 de marzo:** Emitió un Segundo código del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para ciertas pruebas de laboratorio de COVID-19, además de tres hojas de datos sobre cobertura y beneficios para servicios médicos relacionados con COVID-19 para programas de CMS
- **4 de marzo:** Emitió un llamado a la acción a los proveedores del cuidado de la salud en todo el país y ofreció orientación importante para ayudar a las agencias estatales de encuestas y las organizaciones de acreditación a priorizar sus inspecciones del cuidado médico
- **13 de febrero:** Emitió un nuevo código de HCPCS para proveedores y laboratorios para hacer pruebas en pacientes del COVID-19
- **6 de febrero:** Le proveyó información a laboratorios certificados de CLIA acerca de cómo ellos pueden hacer pruebas de SARS-CoV-2
- **6 de febrero:** Emitió un memo para ayudar a los centros del cuidado de la salud a tomar pasos para prepararse para el COVID-19

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

MLN Connects® para el 12 de marzo de 2020

[MLN Connects® para el 12 de marzo de 2020](#)

[Vea esta edición como PDF](#)

Noticias

- CMS Envía Directrices Más Detalladas a Proveedores Sobre COVID-19
- HHS Finaliza Reglamentos Históricos para Proveer a Pacientes Más Control de los Datos de Su Salud
- Programa de Pago de Calidad: Fecha Límite de Presentación de Datos de MIPS 2019 es el 31 de marzo
- Reporte de Calidad de Hospital: Comentarios del Borrador de la Guía de Implementación de QRDA I para el 1 de abril
- Inclusión de Prótesis de Miembro Inferior en Autorización Previa de DMEPOS
- Manos Limpias Cuentan: Prevenga y Controle Infecciones

- Marzo es el Mes nacional de la Concientización del Cáncer Colorrectal

Cumplimiento

- Facturación Incorrecta de HCPCS L8679 – Neuroestimulador Implantable, Generador de Pulso, Cualquier Tipo

Eventos

- Pagos Abiertos: Llamada de Su Rol en la Transparencia del Cuidado de la Salud — 19 de marzo
- Webinar de Llamada de Medidas del Programa de Promoción de Interoperabilidad de Medicare — 19 de marzo
- Organizaciones de Ambulancia Terrestre: Llamada de Recopilación de Datos para Proveedores de Medicare — 2 de abril
- Llamada del Reglamento Final de Interoperabilidad y Acceso del Paciente — 7 de abril

Ver **MLN**, en la página 10

MLN De la página 9

- Programas de Reporte de Calidad de LTCH e IRF: Webinar de SPADEs — 14 de abril

Artículos de MLN Matters®

- Desfibriladores Cardiacos Implantables NCD 20.4 (ICDs)
- Plan de Costos de Acceso del Afiliado de la Sección 1876 y 1833 a Cuidado a través de Medicare Original
- Especificaciones del Editor de Códigos Ambulatorios Integrados (I/OCE) Versión 21.1 de abril de 2020
- Uso Adecuado del Modificador 59 — Revisado
- Actualización Trimestral a la Base de Datos de las Tarifas Fijas de Médicos de Medicare (MPFSDB) –

Actualización de abril de 2020 — Revisado

Publicaciones

- Desalojando y Recibiendo Pacientes en Medio de un Fuego Forestal
- Simplificación Administrativa: Conceptos Básicos de Elegibilidad y Beneficios

Multimedia

- Llamada del Cuidado de la Demencia: Grabación de Audio y Transcripción

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects – Edición Especial – 13 de marzo de 2020

COVID-19: Precio de pruebas, pruebas de laboratorio de diagnóstico, precios y códigos, y cobertura de EHB

- [COVID-19: Precio de pruebas, pruebas de laboratorio de diagnóstico, precios y códigos, y cobertura de EHB](#)
- [Artículo de MLN Matters® de la actualización trimestral para tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios de laboratorio sujetos a pago de cargo razonable](#)
- [Cobertura de beneficios esenciales de salud \(EHB\)](#)

COVID-19: Precio de pruebas, pruebas de laboratorio de diagnóstico, precios y códigos, y cobertura de EHB

El 12 de marzo, CMS publicó una [hoja informativa](#) (en inglés) con información relacionada al precio de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y de las pruebas que no son de los CDC.

Artículo de MLN Matters® de la actualización trimestral para tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios de laboratorio sujetos a pago de cargo razonable

Un nuevo artículo (en inglés) de MLN Matters, MM 11681, acerca de la [Actualización trimestral para tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios de laboratorio sujetos a pago de cargo razonable](#) está disponible. Obtenga información sobre las pruebas de laboratorio de diagnóstico avanzado, los precios y los nuevos códigos. En la página 3, hacemos referencia a nuevos códigos COVID-19.

Cobertura de beneficios esenciales de salud (EHB)

El 12 de marzo, CMS emitió (en inglés) unas [Preguntas frecuentes \(FAQs\)](#) acerca de EHB para asegurar que individuos, emisores, y estados tengan información clara de beneficios de cobertura para COVID-19.



Esta acción es parte del esfuerzo más amplio y continuo del Coronavirus Task Force de la Casa Blanca para garantizar que todos los americanos, particularmente aquellos con alto riesgo de complicaciones por el virus COVID-19, tengan acceso a los beneficios de salud que puedan ayudarlos a mantenerse saludables mientras se ayuda a contener la propagación de esta enfermedad.

Estas preguntas frecuentes y las acciones anteriores de CMS en respuesta al virus COVID-19 son parte de los esfuerzos en curso del Task Force de la Casa Blanca. Para mantenerse al día con el importante trabajo que el Grupo de Trabajo está haciendo en respuesta a COVID-19; visite la página web (en inglés) del [CDC Enfermedad del Coronavirus 2019](#).

Para información específica de CMS, por favor visite la página web (en inglés) [Emergencias Actuales](#).

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

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de SNF incorrectamente canceladas

Problema

Desde el 26 de enero hasta el 16 de febrero de 2020, un problema de software provocó la cancelación incorrecta de las reclamaciones de un centro de enfermería especializada (SNF) con un mensaje de que no hubo estadía de hospital cualificada de tres días.

Resolución

Este problema ha sido corregido.

Estado/Fecha de resolución

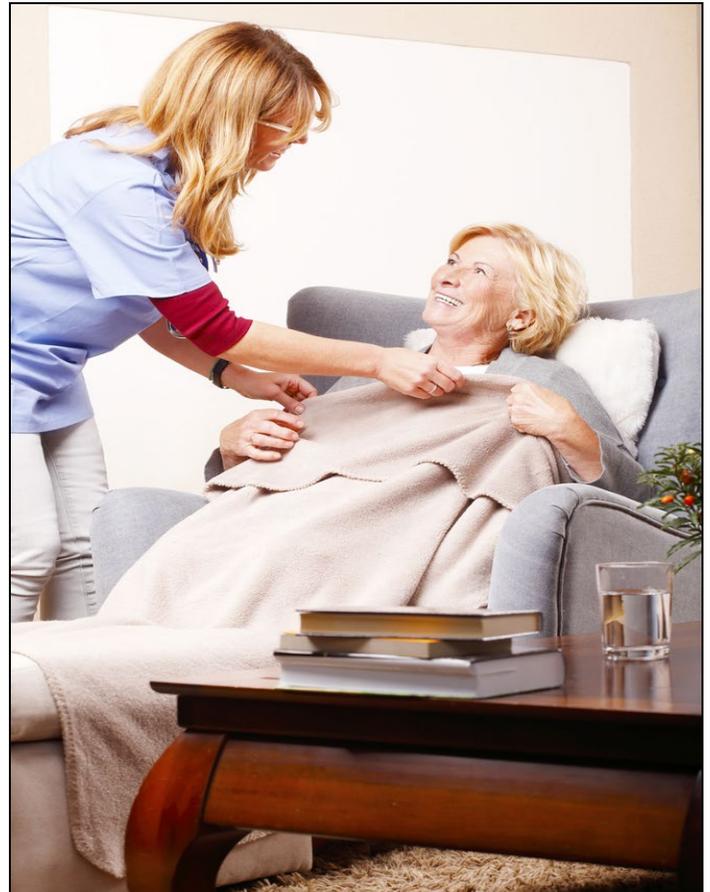
Abierto.

El sistema fue corregido el 5 de marzo de 2020.

Acción del proveedor

Si sus reclamaciones fueron canceladas incorrectamente, vuelva a facturarlas en orden de secuencia para recibir pago.

- Las reclamaciones necesitan ser procesadas en orden de fecha de servicio por cada estadía para que la variable per diem (VPD) se calcule correctamente.
- Presente reclamaciones en secuencia y espere por lo menos dos semanas antes de facturar reclamaciones subsiguientes.
- Algunas de las reclamaciones afectadas con fechas de servicio anteriores van a necesitar una excepción de presentación oportuna; escriba "Segunda presentación debido a estadía no cualificada" en el campo de comentarios.
- Este problema no fue causado por la implementación reciente del modelo de pago enfocado en el paciente de SNF.
- Contacte a su contratista administrativo de Medicare (MAC) para recibir el Identificador del Beneficiario de Medicare (MBI) para beneficiarios fallecidos.



Problemas de procesamiento actuales

Aquí hay un enlace a la tabla de los [problemas de procesamiento actuales](#) tanto para la Parte A como para la Parte B.

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

FQHC: Ajuste masivo de reclamaciones

Como resultado de la Ley de consignaciones adicionales de 2020 (FCAA), los contratistas administrativos de Medicare (MACs) tendrán que hacer ajustes masivos a ciertas reclamaciones de Centro de Salud Federalmente Cualificado (FQHC) con fechas de servicio en o después del 1 de enero hasta el 1 de marzo de 2020.

Determinaciones de Cobertura Local

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 de cobertura local (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en [nuestra página web](#) de educación 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 de First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya a [nuestra página web](#) educacional, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A57449 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión más extensa del artículo de facturación y codificación de las pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2, las secciones “Códigos del Grupo 1 CPT®/Códigos HCPCS/ CPT®” y “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Párrafo del Grupo 1” del artículo de facturación y codificación se revisaron para eliminar el código 0134U de Análisis de laboratorio patentados (PLA).

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para reclamaciones procesadas **en o después**

del 17 de febrero de 2020 por servicios prestados en o después del 8 de febrero de 2020.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y de la Parte B

Artículo ID número: A56716 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración, los códigos de diagnóstico ICD-10-CM; E11.3551, E11.3552, E11.3553, E11.3591, E11.3592, y E11.3593 se añadieron a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 4” del artículo de facturación y codificación para la indicación de la Food and Drug Administration (FDA) del código J0178 de retinopatía diabética para el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es

vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 19 de febrero de 2020** por servicios prestados **en o después del 13 de mayo de 2020**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Reemplazo articular mayor (cadera y rodilla) – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A57765 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El artículo de facturación y codificación para reemplazo articular mayor (cadera y rodilla) se revisó para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM: T84.195A, T84.195D, y T84.195S a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 1.”

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 18 de febrero de 2020** por servicios prestados **en**

o después del 1 de octubre de 2015. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Trastuzumab - medicamentos biológicos trastuzumab -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A56660 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) de Enhertu (fam-trastuzumab deruxtecan- nxki), el código C9399 del Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) se añadió a la sección “Códigos CPT®/HCPCS/Párrafo:/Codigos del Grupo 1:” de este artículo de facturación y codificación para la Parte A y la Parte B. Además, el código J9999 de HCPCS se añadió a la sección “Códigos CPT®/HCPCS/Párrafo:/Códigos del Grupo 2:” de este artículo de facturación y codificación para la Parte B. También, los códigos C9399 y J9999 de HCPCS se añadieron a la sección “Códigos ICD-10 Codes que Apoyan la Necesidad Médica/Párrafo Grupo 1:” de este artículo de facturación y codificación.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 26 de febrero de 2020** por servicios prestados **en o después del 20 de diciembre de 2019**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

El artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Pegfilgrastim -- revisión a la determinación de cobertura local y al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

LCD/Artículo ID número: L33747/A57725 (Florida/ Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para pegfilgrastim se revisó para añadir el nuevo medicamento biosimilar aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), pegfilgrastim-bmez a la sección “Indicaciones de cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad médica” de la LCD bajo “Historial/ Trasfondo y/o Información general,” “Indicaciones cubiertas” y “Limitaciones”. Además, la sección “Fuentes de información” de la LCD se actualizó. También, el artículo de facturación y codificación se revisó para añadir el nuevo medicamento biosimilar aprobado por la FDA Ziextenzo™ (pegfilgrastim-bmez), (códigos C9399/J3590 del Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS]) a las secciones “Códigos CPT®/HCPCS/Párrafo Grupo 1:” y “Códigos ICD-10 que Apoyan la necesidad médica/Párrafo Grupo 1”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD/artículo de facturación y codificación es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 26 de febrero de 2020** por servicios prestados **en o después del 4 de noviembre de 2019**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión al artículo de facturación y codificación A57077 de la Parte A y Parte B

Artículo ID número: A57077 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión del artículo de facturación y codificación para pruebas de abuso de drogas y monitoreo de sustancias controladas, las secciones: “Códigos CPT®/HCPCS/Códigos del Grupo 1:” y “Códigos ICD-10 que Apoyan la necesidad médica/Párrafo Grupo 1:” del artículo de facturación y codificación se revisaron para eliminar el código 83789 del Current Procedural Terminology (CPT®) porque no es una prueba de drogas.

vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 6 de marzo de 2020** por servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2016**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia del cuerpo estereotáctico (SBRT) – revisión a la determinación de cobertura local y al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

LCD/Artículo ID número: L33410/A57275 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La intención de esta revisión a la determinación de cobertura local (LCD) de radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia del cuerpo estereotáctico (SBRT) es actualizar las directrices de cobertura basadas en más datos actualizados y literatura. Esta LCD reconoce dos enfoques de tratamiento distintos y es específica a la entrega del tratamiento: radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia del cuerpo estereotáctico (SBRT) son maneras no invasivas de administrar altas dosis de radioterapia en focos tumorales discretos en ubicaciones craneales o extracraneales respectivamente. Además, el artículo relacionado de facturación y codificación (A57275) aborda directrices de codificación en apoyo de servicios

razonables y necesarios según delineados en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD y al artículo de facturación y codificación es vigente para servicios prestados **en o después del 19 de abril de 2020**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión al artículo de facturación y codificación A57778 de la Parte A y Parte B

Artículo ID número: A57778 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión, este artículo de facturación y codificación se revisó para añadir los códigos del (Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] - C9399/J1599) del nuevo medicamento aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), Panzyga® (inmunoglobulina intravenosa, humana – IFAS) a las secciones “Códigos CPT®/HCPCS/Párrafo Grupo 1/ Códigos del Grupo 1:” y “Códigos ICD-10 que Apoyan la necesidad médica/Párrafo Grupo 1:”

para reclamaciones procesadas **en o después del 16 de marzo de 2020** por servicios prestados **en o después del 2 de agosto de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión al artículo A52571 de la Parte A y la Parte B

Artículo ID número: A52571 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan instrucciones a los contratistas acerca del pago de Medicare por medicamentos y productos biológicos relacionados con el servicio de un médico. Las instrucciones también proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable generalmente se auto administra y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las directrices para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables auto administrados excluidos incidentes al servicio de un médico se encuentran en el Manual de Políticas de Beneficios de Medicare, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Los siguientes medicamentos han sido añadidos a la lista de medicamentos auto administrados (SAD) de la Jurisdicción N (JN) del contratista administrativo de Medicare (MAC): Tremfya® (guselkumab) (J1628) y Stelara® (ustekinumab) subcutáneo (J3357).

Esta revisión al artículo es vigente para servicios prestados **en o después del 3 de mayo de 2020**. La evaluación de medicamentos para añadirlos a la lista SAD es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de controlar la lista de SAD para añadir o eliminar medicamentos.

La lista de First Coast Service Options, Inc. (First Coast) SAD está disponible en: https://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/.

Direcciones postales

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

877-660-1759 (TTY-FL/USVI)

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Páginas web:

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

[Formulario en línea \(haga clic aquí\)](#)

Correo electrónico:

AskFloridaA@fcso.com

AskPuertoRicoA@fcso.com

AskPuertoRicoB@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical Policy and Procedures

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos para proveedores, reportes de reembolso dor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

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 prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

OTPs

Tarifas revisadas para programas de tratamiento de opioides (OTPs)

La Ley de consignaciones adicionales de 2020 (The Further Consolidated Appropriations Act of 2020) (FCAA) firmada el 20 de diciembre de 2019, revisa los estipendios para servicios de OTP. Esto cambia los estipendios de First Coast Service Options provistos en su teleconferencia del 16 de diciembre de 2019; un enlace al PDF de esa presentación puede encontrarse aquí (en inglés): [Presentación de teleconferencia de OTP](#).

Por favor utilice las cantidades aquí abajo para reemplazar las que se encuentran en la página 30 de esa presentación.

HCPCS	Florida Loc 99	Florida Loc 03	Florida Loc 04	Puerto Rico	Islas Vírgenes de los EE. UU.
G2067	206.28	214.03	221.27	208.01	208.01
G2068	257.26	265.01	272.25	258.99	258.99
G2069	1756.04	1764.08	1771.58	1757.83	1757.83
G2070	5323.98	5342.34	5359.47	5328.06	5328.05
G2071	424.33	443.56	461.51	428.60	428.60
G2072	5541.56	5569.77	5596.11	5547.83	5547.83
G2073	1341.42	1349.46	1356.96	1343.21	1343.21
G2074	160.58	167.85	174.65	162.20	162.20
G2076	178.20	186.28	193.82	180.00	180.00
G2077	109.51	114.47	119.10	110.61	110.61
G2078	35.28	35.28	35.28	35.28	35.28
G2079	86.26	86.26	86.26	86.26	86.26
G2080	30.72	32.12	33.42	31.03	31.03

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

“ Las animaciones de inscripción del proveedor fueron sumamente útiles. Esto para mí fue muy importante. Si usted es nuevo en Medicare, yo definitivamente revisaría dichas páginas. De hecho, si alguien fuera a establecer una nueva práctica de proveedores en Florida, yo le recomendaría comenzar con el sitio Web de First Coast. ”



*–Shirley Knoll, CPC
Therapy Management Corporation
Directora de facturación*

Determinaciones de Cobertura Local

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 de cobertura local (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en [nuestra página web](#) de educación 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 de First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya a [nuestra página web](#), haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Inyección de articulación sacroilíaca -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte B

Artículo ID número: A57539 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una actualización del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2020, las secciones the “Códigos CPT®/HCPCS/Códigos del Group 1:” y “Códigos ICD 10 que Apoyan la Necesidad Médica/ Párrafo Grupo 1:” del artículo de facturación y codificación de inyección de articulación sacroilíaca fueron revisados para añadir el código 64451 del Current Procedural Terminology (CPT®).

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es

vigente para reclamaciones procesadas en o después del 20 de febrero de 2020, por servicios prestados en o después del 1 de enero de 2020. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

El artículo de codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

Bloques de nervios periféricos -- revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte B

Artículo ID número: A57788 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión más a fondo del artículo de facturación y codificación de bloque de nervios periféricos, se determinó que el código 64451 del Current Procedural Terminology (CPT®) se añadió por error, por lo tanto, está siendo eliminado de las secciones “Códigos CPT®/ HCPCS/Códigos del Group 1:” y “Códigos ICD 10 que Apoyan la Necesidad Médica/Párrafo Grupo 1:” del artículo de facturación y codificación.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es

vigente para reclamaciones procesadas en o después del 20 de febrero de 2020, por servicios prestados en o después del 1 de enero de 2020. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

LCDs/Artículos retirados

Múltiples LCDs de la Parte B están siendo retiradas

LCD y Artículos ID números: L33903/A57673, L33914/A57507, L33917/A57508, L33918/A57521, L33965/A56759 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) y artículos de facturación y codificación, se determinó que ya no son necesarias y por lo tanto, están siendo retiradas.

L33903/A57673 – Laringoscopia Diagnóstica
L33914/A57507 – Iridotomía por Cirugía Láser
L33917/A57508 – Trabeculoplastia Láser
L33918/A57521 – Tratamiento de Láser para Psoriasis
L33965/A56759 – Marcadores Tumorales Urinarios para el Cáncer de la Vejiga.

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs y los artículos de facturación y codificación son vigentes para servicios prestados en o después del 11 de marzo de 2020. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

El artículo de facturación y codificación para una LCD puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos:

<mailto:eleraning@fcso.com>

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

Créditos para eventos educativos elegibles

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

askFloridaB@fcso.com

Formulario

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

First Coast University

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

FloridaB@fcso.com

[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

Encuentre sus [otros contratistas](#) (es decir; DME, HHA, etc)

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

askFloridaB@fcsso.com

[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

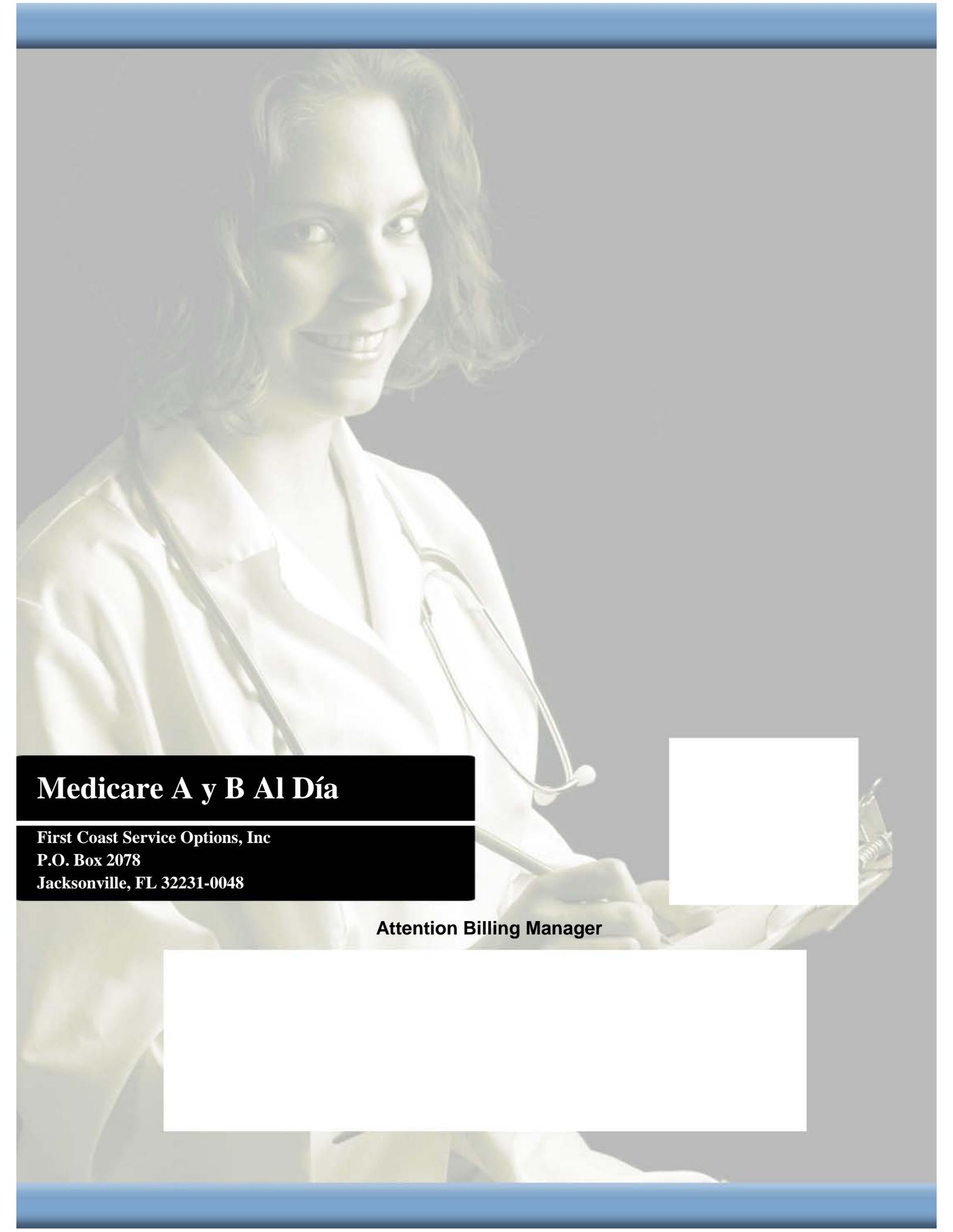
Encuentre sus [otros contratistas](#) (es decir; DME, HHA, etc)

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager