

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Noviembre 2020



En esta edición

MLN Connects® – Edición Especial – 27 de octubre de 2020	4
MLN Connects® – Edición Especial – 3 de noviembre de 2020	8
MLN Connects® – Edición Especial – 10 de noviembre de 2020	10

MLN Connects® – Edición Especial – 13 de noviembre de 2020

Códigos para la vacuna contra el COVID-19 y actualización del software PC-ACE

En anticipación de la disponibilidad de una vacuna(s), contra el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en respuesta a la enfermedad de coronavirus de 2019 (COVID-19), la [Asociación Médica Americana \(AMA\)](#) (en inglés), trabajando con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) crearon nuevos códigos para la vacuna y la administración de la vacuna. Para prepararse para las reclamaciones de administración de la vacuna, el PC-ACE software también está actualizado y listo para que los proveedores lo descarguen.

Si tiene la intención de administrar las vacunas contra el COVID-19 cuando estén disponibles, o el nuevo anticuerpo monoclonal bamlanivimab, especialmente si tiene la intención de facturar estos códigos, descargue e instale la nueva versión del [PC-ACE](#). Esta descarga incluye la estructura de codificación, actualmente compuesta de ambos, una estructura de código de [CPT de Nivel I del HCPCS](#) (en inglés) emitido por la Asociación

Médica Americana (AMA) y una estructura de código de Nivel II del HCPCS emitido por CMS. Juntos, estos códigos respaldan la administración de las vacunas contra el COVID-19 y las infusiones de anticuerpos monoclonales, a medida que estén disponibles; esta estructura incluye los códigos para bamlanivimab.

Esta estructura de código fue desarrollada para facilitar el procesamiento eficiente de reclamaciones para cualquier vacuna contra el COVID-19 e infusiones de anticuerpo monoclonal que recibieron EUA o aprobación de la FDA. CMS y la AMA están trabajando en colaboración acerca de qué códigos se deben presentar para las vacunas contra el COVID-19 y su administración. La mayoría de estos códigos no están vigentes actualmente y no se utilizarán todos los códigos. Emitiremos descripciones de código específicas en el futuro. Las fechas de vigencia para los códigos para fines de Medicare coincidirán con la fecha de EUA o aprobación de la FDA.

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

MLN Connects® – Edición Especial – 13 de noviembre de 20201

Recursos educativos

Calendario de eventos.....3

MLN Connects® de CMS

MLN Connects® para el 22 de octubre de 20204

MLN Connects® – Edición Especial – 27 de octubre de 2020.....4

MLN Connects® – Edición Especial – 28 de octubre de 2020.....6

MLN Connects® para el 29 de octubre de 20208

MLN Connects® – Edición Especial – 3 de noviembre de 2020.....8

MLN Connects® para el 5 de noviembre de 202010

MLN Connects® – Edición Especial – 10 de noviembre de 2020.....10

MLN Connects® para el 12 de noviembre de 202011

Noticias de tarifas

Tasas de pago de tarifas fijas médicas de Medicare del 2021 y el programa de participación.....11

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

Parte A

Contactos de la Parte A.....14

Parte B

Información de contacto de Puerto Rico15

Información de contacto de Florida.....16

Información de contacto de Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....17

Manténgase informado: Suscríbese a eNews

Subscríbese a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y esté entre los primeros en informarse acerca de las últimas noticias de Medicare y otras informaciones esenciales que no se pueden postergar.

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

Diciembre de 2020

Conferencia virtual de Medicare Speaks

Cuando: 2 y 3 de diciembre de 2020

Hora: 8:00 a.m. - 4:45 p.m. ET

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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 22 de octubre de 2020

Cobertura de Medicare para Tratamiento de Trastorno de Uso de Opioides

[MLN Connects® para el 22 de octubre de 2020](#)

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticias

- Cobertura de Medicare para Tratamiento de Trastorno de Uso de Opioides
- Panel Asesor de Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico Clínico: Solicitud de Nominaciones
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare

Eventos

- Llamada de CMS-CDC acerca de los Fundamentos de COVID-19 para el Manejo de la Prevención en Asilos de Ancianos — 22 de octubre
- Webcast de Reporte de Costos de la Parte A de Medicare: Nueva Función de Presentación Electrónica

Masiva — 29 de octubre

Artículos de MLN Matters®

- Factor de Inflación de Ambulancia (AIF) para el Año Calendario (CY) 2021 y Ajuste de Productividad
- Tarifa por Servicio (FFS) de Medicare en Respuesta a la Emergencia de Salud Pública por el Coronavirus (COVID-19) — Revisado
- Nuevas Pruebas Exentas — Revisado

Multimedia

- Capacitación Basada en la Web acerca de Preparativos en Asilos de Ancianos por el COVID-19 durante el Otoño e Invierno

Información para Pacientes de Medicare

- Recursos de Manejo de la Diabetes

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 – 27 de octubre de 2020

Las Nuevas Propuestas de CMS Simplifican la Cobertura, el Pago y la Codificación de Medicare para Nuevas Tecnologías Innovadoras y Brindan a los Beneficiarios Acceso para la Diabetes a Más Opciones de Terapia

El reglamento propuesto de Equipo Médico Duradero (DME) reduciría la carga administrativa de las nuevas tecnologías innovadoras

El 27 de octubre, bajo el liderazgo del presidente Trump, CMS propuso nuevos cambios en las políticas de cobertura y pago de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortóticos y Provisiones Médicas (DMEPOS) de Medicare. Este reglamento brindaría más opciones para los beneficiarios con diabetes, al tiempo que agiliza el proceso para que los innovadores obtengan la aprobación de sus tecnologías para la cobertura, el pago y la codificación de Medicare.

El reglamento propuesto ampliaría la interpretación con respecto a cuándo las bombas de infusión externas son apropiadas para su uso en el hogar y pueden estar cubiertas como DME bajo la Parte B de Medicare, aumentando el acceso a los servicios de terapia de infusión de medicamentos en el hogar. El reglamento propuesto también reduce drásticamente las cargas administrativas, como los complicados procesos de codificación, pago y cobertura del gobierno, que

impiden que los innovadores lleven sus productos a los beneficiarios de Medicare de manera oportuna. Esta acción se alinea con la Orden Ejecutiva del presidente Trump sobre la protección y mejora de Medicare para los Adultos Mayores de Nuestra Nación.

“Con las políticas descritas en este reglamento propuesto, los innovadores tienen un camino mucho más predecible para comprender los tipos de productos por los que pagará Medicare”, dijo Seema Verma, administradora de CMS. “Para los fabricantes, traer un nuevo producto al mercado significará que pueden obtener un monto de pago de Medicare y un código de facturación de inmediato, lo que resultará en un acceso más rápido para los beneficiarios de Medicare a los últimos avances tecnológicos y los dispositivos más avanzados disponibles. Es claramente un beneficio mutuo tanto para los pacientes como para los innovadores”.

Debido a restricciones administrativas, el proceso para realizar clasificaciones de beneficios de Medicare, determinaciones de precios y creación de códigos de facturación para DMEPOS solía tardar hasta 18 meses en completarse de manera rutinaria. El año pasado, CMS cambió este proceso a través de una guía de subregulación para reducir ese plazo a seis meses en muchos casos, y ahora propone establecer un proceso simplificado para la codificación, la cobertura y el pago en la regulación. Bajo este proceso acelerado, las decisiones

Ver **MLN**, en la página 5

MLN

De la página 4

de clasificación de beneficios y precios podrían ocurrir el mismo día en que entren en vigencia los códigos de facturación utilizados para el pago de nuevos artículos, lo que facilitaría la cobertura y el pago sin inconvenientes de nuevos DMEPOS y servicios. Si se finaliza, este reglamento propuesto permitiría a los innovadores llevar sus productos a los beneficiarios de Medicare más rápido, dándoles más opciones y un mayor acceso a los dispositivos más recientes y de vanguardia.

Si se finaliza, este reglamento propuesto también ampliará la cobertura de Medicare y el pago de los Monitores Continuos de Glucosa (CGM) que brindan información crítica sobre los niveles de glucosa en sangre para ayudar a los pacientes con diabetes a controlar su enfermedad. Actualmente, CMS solo cubre los CGMs terapéuticos o los aprobados por la FDA para su uso en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la diabetes, como cambiar la dieta o la dosis de insulina basándose únicamente en las lecturas del CGM.

CMS propone clasificar todos los CGMs (no solo limitados a los CGMs terapéuticos) como DME y establecer montos de pago para estos artículos y suministros y accesorios relacionados. Los CGMs que no están aprobados para su uso en la toma de decisiones sobre el tratamiento de la diabetes se pueden utilizar para alertar a los beneficiarios sobre niveles de glucosa potencialmente peligrosos mientras duermen y que deben evaluar más sus niveles de glucosa con un monitor de glucosa en sangre. Dado que uno de cada tres beneficiarios de Medicare tiene diabetes, esta propuesta les daría a los beneficiarios de Medicare y a sus médicos una gama más amplia de tecnología y dispositivos para elegir en el manejo de la diabetes. Esta propuesta mejorará el acceso a estas

tecnologías médicas y permitirá a los pacientes tomar las mejores decisiones de atención médica por sí mismos.

Además, el reglamento propuesto ampliaría la clasificación de las bombas de infusión externas bajo el beneficio de DME haciendo posible la infusión en el hogar de más medicamentos para los beneficiarios. Una bomba de infusión externa es un dispositivo médico que se utiliza para administrar líquidos como nutrientes o medicamentos al cuerpo de un paciente de manera controlada. La propuesta ampliaría la clasificación de las bombas de infusión externas como DME en los casos en que la asistencia de un proveedor de terapia de infusión en el hogar capacitado sea necesaria para una infusión segura en el hogar, lo que permitirá a los beneficiarios tener más opciones para recibir terapias en el hogar en lugar de viajar a un centro de atención médica.

Por último, en el reglamento propuesto, CMS propone continuar pagando montos más altos a los proveedores por los artículos y servicios de DMEPOS proporcionados en áreas rurales y no contiguas para alentar a los proveedores a brindar acceso y opciones a los beneficiarios que viven en esas áreas. CMS está haciendo esta propuesta basándose en comentarios previos de las partes interesadas que indican desafíos únicos y costos más altos para proporcionar artículos de DMEPOS para beneficiarios en áreas rurales y remotas.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#)
- [Hoja Informativa](#)

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

Medicare Learning Network®

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



MLN Connects® – Edición Especial – 28 de octubre de 2020

La Administración Trump Actúa para Garantizar la Cobertura de Vacunas y Terapias que Salvan Vidas contra el COVID-19

Bajo el liderazgo del presidente Trump, CMS está tomando medidas para garantizar que todos los estadounidenses, incluidos los adultos mayores del país, tengan acceso a la vacuna contra la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) sin costo cuando esté disponible. El 28 de octubre, la agencia publicó un plan integral con medidas proactivas para eliminar las barreras reglamentarias y garantizar una cobertura y un pago constantes por la administración de una eventual vacuna para millones de estadounidenses. CMS lanzó un conjunto de kit de herramientas para proveedores, estados y aseguradoras para ayudar al sistema de atención médica a prepararse para administrar rápidamente la vacuna una vez que esté disponible. Estos recursos están diseñados para aumentar la cantidad de proveedores que pueden administrar la vacuna, garantizar un reembolso adecuado por administrar la vacuna en Medicare, y dejar en claro a las aseguradoras privadas y los programas de Medicaid su responsabilidad de cubrir la vacuna sin cargo para los beneficiarios. Además, CMS está tomando medidas para aumentar el reembolso de cualquier tratamiento nuevo de COVID-19 que esté aprobado o autorizado por la FDA.

“Bajo el liderazgo del presidente Trump, hemos desarrollado un plan integral para apoyar la distribución rápida y exitosa de una vacuna segura y efectiva contra el COVID-19”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “A medida que *Operation Warp Speed* se acerca a su objetivo de administrar la vacuna en un tiempo récord, CMS está actuando ahora para eliminar las barreras burocráticas y, al mismo tiempo, garantizar que los estados, proveedores y planes de salud tengan la información y la dirección que necesitan para garantizar un amplio acceso y cobertura de vacunas para todos los estadounidenses”.

Para garantizar un amplio acceso a una vacuna para los adultos mayores de Estados Unidos, CMS publicó un Reglamento Final Provisional (IFC) con período de comentarios que establece que cualquier vacuna que reciba la autorización de la Food and Drug Administration (FDA), ya sea a través de una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) o con licencia bajo una Solicitud de Licencia de Biológicos (BLA), será cubierto por Medicare como una vacuna preventiva sin costo para los beneficiarios. El IFC también implementa disposiciones de la Ley CARES que garantizan la cobertura rápida de una vacuna contra el COVID-19 por parte de la mayoría de los planes de seguro médico privados sin costos compartidos de proveedores dentro y fuera de la red durante el curso de la emergencia de salud pública (PHE).

Anticipándose a la disponibilidad de nuevos tratamientos de COVID-19, el IFC también establece pagos hospitalarios adicionales de Medicare para respaldar el acceso de los pacientes de Medicare a estas terapias

de COVID-19 que pueden salvar vidas. En Medicare, a los hospitales generalmente se les reembolsa un monto de pago fijo por los servicios que brindan durante una estadía como paciente internado, incluso si sus costos exceden ese monto. Según las normas actuales, los hospitales pueden cualificar para “pagos atípicos” adicionales, pero solo cuando sus costos para un paciente en particular exceden un cierto umbral. Según este IFC, los hospitales cualificarían para pagos adicionales cuando tratan a pacientes con nuevos productos innovadores aprobados o autorizados para tratar COVID-19 para mitigar cualquier pérdida que puedan experimentar al hacer disponibles estas terapias, incluso si no alcanzan el umbral de valores atípicos actual. El IFC también realiza cambios en el reembolso de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios para garantizar el pago de ciertos tratamientos innovadores para COVID-19 que ocurren fuera de los acuerdos combinados y se pagan por separado. Además, CMS publicó información para preparar a los hospitales a facturar la administración ambulatoria de un producto de anticuerpos monoclonales en caso de que uno sea aprobado bajo una autorización de uso de emergencia (EUA).

Este reglamento también permite que los estados empleen una amplia gama de estrategias, basadas en las necesidades locales, para administrar adecuadamente los costos de sus programas de Medicaid. La orientación y la flexibilidad proporcionadas a los estados en el IFC los ayudará a mantener la inscripción de beneficiarios de Medicaid mientras reciben el aumento temporal de fondos federales en la Ley de Respuesta al Coronavirus de Familias Primero (FFCRA).

CMS también está tomando medidas continuas para garantizar que la transparencia de precios se extienda a las pruebas de COVID-19 durante la PHE. Las disposiciones del IFC requieren que cualquier proveedor que realice una prueba de diagnóstico de COVID-19 publique sus precios en efectivo en línea. Los proveedores que no cumplan pueden enfrentar sanciones monetarias civiles.

Además de estas disposiciones, el IFC:

- Proporciona una extensión del Año de Desempeño 5 para el modelo de Atención Integral para Reemplazo de Articulaciones (CJR); y
- Crea flexibilidades en los requisitos de notificación pública y requisitos de participación pública posteriores a la adjudicación para una Exención de Innovación Estatal bajo la Sección 1332 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio durante la PHE por COVID-19.

Junto con estos cambios reglamentarios, CMS está emitiendo tres kits de herramientas dirigidos a las agencias estatales de Medicaid, los proveedores que administrarán la vacuna y los planes de seguro médico. Juntos, estos kits de herramientas ayudarán a garantizar

Ver **MLN**, en la página 7

MLN

De la página 6

que el sistema de atención médica esté preparado para administrar con éxito una vacuna segura y eficaz al abordar los problemas relacionados con el acceso, la facturación y el pago, y la cobertura.

Mayor acceso a las vacunas para los beneficiarios de Medicare y Medicaid

Los kits de herramientas emitidos hoy brindan a los proveedores de atención médica que actualmente no están inscritos en Medicare la información necesaria para administrar y facturar las vacunas a los pacientes de Medicare. CMS está trabajando para aumentar la cantidad de proveedores que administrarán una vacuna contra el COVID-19 a los beneficiarios de Medicare cuando esté disponible, para que sea lo más conveniente posible para los adultos mayores de Estados Unidos. Los nuevos proveedores ahora pueden inscribirse como “inmunizadores masivos de Medicare” a través de un proceso acelerado de 24 horas. La capacidad de inscribirse fácilmente como inmunizador masivo es importante para algunas farmacias, escuelas y otras entidades que pueden ser proveedores no tradicionales o no ser elegibles para la inscripción a Medicare. Para aumentar aún más la cantidad de proveedores que pueden administrar la vacuna contra el COVID-19, CMS continuará compartiendo información de proveedores aprobados de Medicare con los estados para ayudar con los esfuerzos de inscripción de proveedores de Medicaid. CMS también está facilitando que los proveedores de Medicare recién inscritos también se inscriban en los programas estatales de Medicaid para apoyar la administración estatal de vacunas para los beneficiarios de Medicaid.

Cobertura

Como condición para recibir vacunas contra el COVID-19 gratuitas del gobierno federal, los proveedores tendrán prohibido cobrar a los consumidores por la administración de la vacuna. Para garantizar una cobertura amplia y coherente entre los programas y los pagadores, los kits de herramientas tienen información específica para varios programas, que incluyen:

Medicare: los beneficiarios con Medicare no pagan nada por las vacunas COVID-19 y no se aplica el copago/coaseguro ni el deducible.

Medicare Advantage (MA): para los años calendario 2020 y 2021, Medicare pagará directamente la vacuna contra el COVID-19 y su administración para los beneficiarios inscritos en planes MA. Los planes MA no serían responsables de reembolsar a los proveedores por administrar la vacuna durante este tiempo. Los beneficiarios de Medicare Advantage tampoco pagan nada por las vacunas contra el COVID-19 y no se aplica el copago/coaseguro ni el deducible.

Medicaid: las agencias estatales de Medicaid y CHIP deben proporcionar la administración de vacunas sin costo compartido para la mayoría de los beneficiarios durante la emergencia de salud pública. Después de la emergencia de salud pública, dependiendo de la población, los estados pueden tener que evaluar las políticas de costos compartidos y pueden tener que presentar enmiendas al plan estatal si se necesitan actualizaciones.

Planes privados: CMS, junto con los Departamentos de Trabajo y Hacienda, exige que la mayoría de los planes de salud y emisores privados cubran una vacuna contra el COVID-19 recomendada y su administración, tanto dentro como fuera de la red, sin costo compartido. El reglamento también establece que las tarifas fuera de la red no pueden ser excesivamente bajas y hace referencia a las tarifas de reembolso de CMS como una posible guía para las compañías de seguros.

Sin seguro: Para las personas que no tienen seguro, los proveedores podrán recibir un reembolso por administrar la vacuna contra el COVID-19 a personas sin seguro a través del Fondo de Ayuda para Proveedores, administrado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).

Facturación y pago

Los kits de herramientas también abordan cuestiones relacionadas con la facturación y el pago. Después de que la FDA aprueba o autoriza una vacuna contra el COVID-19, CMS identificará los códigos de vacuna específicos, por dosis si es necesario, y códigos de administración de vacuna específicos para cada dosis para el pago de Medicare. CMS y la Asociación Médica Estadounidense (AMA) están trabajando en colaboración para finalizar un nuevo enfoque para reportar el uso de vacunas contra el COVID-19, que incluyen códigos separados específicos de la vacuna. Los proveedores y las compañías de seguros podrán utilizarlos para facturar y realizar un seguimiento de las vacunas de las diferentes vacunas que se les proporcionan a sus afiliados.

Pago de Medicare

CMS también publicó nuevas tarifas de pago de Medicare para la administración de la vacuna contra el COVID-19. Las tarifas de pago de Medicare serán de \$28.39 para administrar vacunas de dosis única. Para una vacuna contra el COVID-19 que requiera una serie de dos o más dosis, la tasa de pago por administración de la(s) dosis inicial será de \$16.94 y de \$28.39 para la administración de la dosis final de la serie. Estas tasas se ajustarán geográficamente y reconocerán los costos involucrados en la administración de la vacuna, incluidos los recursos adicionales involucrados con los informes de salud pública requeridos, la realización de importantes actividades de divulgación y educación del paciente, y dedicar tiempo

Ver **MLN**, en la página 8

MLN

De la página 7

adicional a los pacientes respondiendo cualquier pregunta que puedan tener sobre la vacuna. Los beneficiarios de Medicare, aquellos en Medicare Original o inscritos en Medicare Advantage, podrán recibir la vacuna sin costo.

CMS alienta a los formuladores de políticas estatales y otras agencias de seguros privadas a utilizar la información sobre la estrategia de reembolso de Medicare para desarrollar su plan de pago de administración de vacunas en el programa Medicaid, CHIP, el Programa de Salud Básico (BHP) y planes privados. El uso de la estrategia de Medicare como modelo permitiría a los estados igualar los esfuerzos federales para administrar con éxito la vacuna completa a las poblaciones más vulnerables.

El IFC (*CMS-9912-IFC*) (en inglés) está programado para mostrarse en el Registro Federal lo antes posible con una fecha de vigencia inmediata y un período de comentarios de 30 días.

Para más información (en inglés):

- [Hoja Informativa](#)
- [Recursos de la vacuna contra COVID-19](#) para proveedores, planes de salud y programas estatales de Medicaid
- [Preguntas frecuentes \(FAQs\)](#) de facturación de terapéuticos

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 jueves, 29 de octubre de 2020

APMs del Programa de Pago de Calidad: Actualice la Información de Facturación para Recibir el Pago

[MLN Connects® para el 29 de octubre de 2020](#)

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticias

- APMs del Programa de Pago de Calidad: Actualice la Información de Facturación para el 13 de noviembre

Cumplimiento

- Servicios de Ayudante de Hospicio: Mejora de la

Supervisión de la RN

Artículos de MLN Matters®

- Cambio al Pago de los Servicios de Adquisición de Células Madre Alogénicas — Revisado

Publicaciones

- Boletín Informativo Trimestral de Medicare de Cumplimiento del Proveedor

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 – 3 de noviembre de 2020

Reglamentos de Pago de Salud en el Hogar y ESRD

- [PPS de ESRD: Políticas de Pago y Tasas del CY 2021](#)
- [Agencias de Salud en el Hogar: Cambios de Política y de Pago del CY 2021 y Terapia de Infusión en el Hogar](#)
- [El Nuevo Centro Integral de CMS de Recursos para Hogares de Ancianos Ayuda a Proveedores, Cuidadores y Residentes](#)

PPS de ESRD: Políticas de Pago y Tasas del CY 2021

El 2 de noviembre, CMS emitió un reglamento final que actualiza las políticas y tarifas de pago según el Sistema de pago prospectivo (PPS) de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para los servicios de diálisis renal brindados a los beneficiarios inscritos en Medicare Original en o después del 1 de enero de 2021. Este reglamento también actualiza la tarifa de pago de diálisis para lesiones renales agudas (AKI) para los servicios de diálisis renal proporcionados por los centros de ESRD a personas con AKI y finaliza los cambios en el Programa de incentivos de calidad de ESRD.

La tarifa base final de PPS de ESRD del CY 2021 es de \$253.13, lo que representa un aumento de \$13.80 a la tarifa base actual de \$239.33. Esta cantidad refleja la aplicación del factor de ajuste de neutralidad presupuestaria del índice salarial actualizado (.999485), la adición a la tasa base de \$9.93 para incluir calcimiméticos y un aumento de la bolsa de mercado ajustada a la productividad, como lo requiere la sección 1881 (b)(14)(F)(i)(I) de la Ley (1.6 por ciento), lo que equivale a \$253.13 ($(\$239.33 \times .999485) + \$9.93 \times 1.016 = \$253.13$).

CMS finalizó lo siguiente:

- Actualización del índice de salarios del PPS de ESRD para adoptar las delineaciones de la Oficina de Administración y Presupuesto de 2018 con un período de transición
- Cambios en los criterios de elegibilidad y el proceso de determinación para el ajuste de pago adicional de transición para equipos y suministros nuevos e innovadores (TPNIES)
- Expansión de TPNIES para incluir activos nuevos e innovadores relacionados con el capital que son máquinas de diálisis domiciliarias

Ver **MLN**, en la página 9

MLN

De la página 8

- Cambio a los criterios de elegibilidad de ajuste de pago de bajo volumen y al requisito de certificación para tener en cuenta la emergencia de salud pública COVID-19

Para más información (en inglés):

- [Reglamento final](#)
- [Comunicado de prensa](#)
- Texto completo de la [hoja informativa](#)

Agencias de Salud en el Hogar: Cambios de Política y de Pago del CY 2021 y Terapia de Infusión en el Hogar.

El 29 de octubre, CMS emitió un reglamento final que finaliza las actualizaciones de rutina de las tarifas de pago de salud en el hogar para el año calendario (CY) 2021 de acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios existentes. Este reglamento también finaliza los cambios regulatorios relacionados con el uso de tecnología de telecomunicaciones en la prestación de cuidado bajo el beneficio de salud en el hogar de Medicare.

CMS estima que los pagos de Medicare a las agencias de salud en el hogar (HHAs) en el año fiscal 2021 aumentarán en total en un 1.9 por ciento, o \$390 millones, según las políticas finalizadas. Este aumento refleja los efectos del porcentaje de actualización del pago de salud en el hogar del 2.0 por ciento (aumento de \$410 millones) y una disminución del 0.1 por ciento en los pagos debido a las reducciones en los porcentajes adicionales rurales exigidos por la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018 para el CY 2021 (disminución de \$20 millones). Este reglamento también actualiza el índice salarial de cuidado médico en el hogar, incluida la adopción de las delineaciones de áreas estadísticas de la Oficina de Administración y Presupuesto revisadas y limita cualquier disminución en el valor del índice salarial de un área geográfica a no más del 5 por ciento en el CY 2021.

El reglamento final además:

- Finaliza las políticas de inscripción a Medicare para suplidores cualificados de terapia de infusión en el hogar
- Actualiza las tarifas de pago para servicios de terapia de infusión en el hogar para el CY 2021
- Finaliza una política excluyendo servicios de terapia de infusión en el hogar de los servicios de salud en el hogar según requeridos por ley

- Finaliza políticas bajo el Modelo de compra basado en el valor de salud en el hogar publicado en el reglamento final provisional con periodo de comentarios, según requerido por ley

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- Página web del [Sistema de pago prospectivo de salud en el hogar](#)
- Página web del [Centro de HHA](#)
- Página web del [Modelo de grupos de salud en el hogar enfocados en el paciente](#)
- Página web de [Servicios de terapia de infusión en el hogar](#)
- Texto completo de la [hoja informativa](#)

El Nuevo Centro Integral de CMS de Recursos para Hogares de Ancianos Ayuda a Proveedores, Cuidadores y Residentes

El 30 de octubre, CMS lanzó una nueva plataforma en línea, el [Centro de recursos para hogares de ancianos](#) - para servir como una instalación centralizada que reúne la información, la orientación y los datos más recientes sobre hogares de ancianos que son importantes para las instalaciones, los proveedores de primera línea, los residentes y sus familias, especialmente mientras continúa la lucha contra el COVID-19.

El Centro de recursos consolida toda la información, orientación y recursos de los hogares de ancianos en una ventanilla única, fácil de usar, que es fácilmente navegable para que los proveedores y cuidadores puedan dedicar menos tiempo a buscar respuestas críticas y más tiempo a cuidar a los residentes. Además, la nueva plataforma contiene características específicas para los residentes y sus familias, lo que garantiza que tengan la información necesaria para tomar decisiones empoderadas sobre su atención médica.

Con la nueva página, las personas pueden navegar de manera eficiente por todos los informes y datos de inspección de las instalaciones - incluida la pandemia de COVID-19 y la información de Emergencia de Salud Pública (PHE). Esta herramienta permanecerá activa a través y más allá de la PHE por COVID-19.

Texto completo (en inglés) de la [Alerta de noticias](#).

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

Encuentre rápido sus favoritos utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.

MLN Connects® para el 5 de noviembre de 2020

Vacuna Contra el COVID-19: Conozca Cómo Prepararse

[MLN Connects® para el 5 de noviembre de 2020](#)

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticias

- Vacuna Contra el COVID-19: Conozca Cómo Prepararse
- Transparencia de Precio de Hospital: Requisitos Vigentes el 1 de enero
- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Repaso de octubre
- Vacuna Contra la Influenza: Cada Visita es una Oportunidad

Cumplimiento

- Medicamentos Inhalados: Facture Correctamente

Eventos

- Llamada de CMS-CDC acerca de los Fundamentos de COVID-19 para el Manejo de la Prevención en Asilos de Ancianos — 5 de noviembre

Artículos de MLN Matters®

- Provisiones Especiales para Solicitudes de

Documentación Adicional de Radiología

- Actualización al Capítulo 10 de la Publicación (Pub.) 100-08 – Políticas de Inscripción para Suplidores de Terapia de Infusión en el Hogar (HIT)
- Actualización Trimestral de octubre de 2020 de las Tarifas Fijas de Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortóticos y Provisiones Médicas (DMEPOS) — Revisado
- Penalidad por Presentación Demorada de Solicitud de Pago Anticipado (RAP) – Implementación — Revisado
- Actualización Trimestral a la Base de Datos de Tarifas Fijas de Médicos de Medicare (MPFSDB) — Actualización de octubre de 2020 — Revisado

Publicaciones

- Visitas de Bienestar de Salud de Medicare

Multimedia

- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Tutorial de Video acerca del Método de Evaluación de Confusión
- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Tutorial de Video acerca de Entrevista Breve para Estado Mental

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 – 10 de noviembre de 2020

CMS Toma Medidas para Garantizar que los Beneficiarios de Medicare Tengan un Amplio Acceso al Tratamiento con Anticuerpos

Cobertura Disponible Sin Ningún Costo para los Beneficiarios en una Variedad de Entornos en el Sistema del Cuidado de la Salud

CMS anunció que, a partir del 10 de noviembre, los beneficiarios de Medicare pueden recibir cobertura de anticuerpos monoclonales para tratar el COVID-19 sin ningún costo compartido durante la Emergencia de Salud Pública (PHE). La cobertura de CMS de infusiones de anticuerpos monoclonales aplica para bamlanivimab, que recibió una Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la FDA el 9 de noviembre.

“Hoy, CMS está anunciando una política histórica, primera en su tipo, que amplía drásticamente el acceso a los anticuerpos monoclonales COVID-19 a los beneficiarios sin costo compartido”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “Nuestro enfoque oportuno significa que los beneficiarios pueden recibir estas terapias que pueden salvar vidas en una variedad de entornos, como en el

consultorio de un médico, un hogar de ancianos, centros de infusión, siempre que se cumplan las precauciones de seguridad. Esta acción agresiva y este enfoque innovador sin duda salvarán vidas”.

CMS anticipa que este producto de anticuerpos monoclonales se dará inicialmente a los proveedores de atención médica sin costo alguno. Medicare no pagará los productos de anticuerpos monoclonales que los proveedores reciban de forma gratuita, pero esta acción prevé el reembolso de la infusión del producto. Cuando los proveedores de atención médica comiencen a comprar productos de anticuerpos monoclonales, Medicare prevé establecer la tasa de pago de la misma manera que estableció las tasas de pago para las vacunas contra COVID-19, como el 95% del precio promedio al por mayor de las vacunas por COVID-19 en muchos entornos del proveedor. CMS emitirá instrucciones de facturación y codificación para los proveedores de atención médica en los próximos días.

CMS anticipa que el anuncio permitirá que un rango Amplio de proveedores y suplidores, incluyendo centros de infusión independientes y basados en un hospital,

Ver **MLN**, en la página 11

MLN

De la página 10

agencias de salud en el hogar, hogares de ancianos, y entidades con las que contratan hogares de ancianos, para administrar este tratamiento de acuerdo con la EUA, y facturar a Medicare para administrar estas infusiones.

Bajo la sección 6008 de la Ley de Respuesta al Coronavirus de Familias Primero (FFCRA), los programas de Medicaid estatales y territoriales pueden recibir un aumento temporal de 6.2 puntos porcentuales en el Porcentaje de Asistencia Médica Federal (FMAP), hasta el final del trimestre en el que la PHE por COVID-19 termina. Una condición para recibir esta contribución federal mejorada es que un estado o territorio debe cubrir

los servicios y tratamientos de pruebas de COVID-19, incluidas las vacunas y su administración, equipo especializado y terapias para los afiliados a Medicaid sin costo compartido. Esto significa que se espera que esta infusión de anticuerpos monoclonales esté cubierta cuando se proporcione a los beneficiarios de Medicaid, de acuerdo con la EUA, durante este período, con excepciones limitadas.

Vea (en inglés) la [Instrucción del Programa de Infusión de Anticuerpos Monoclonales 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 noviembre de 2020

COVID-19: Profesionales de la Salud que Facturan por Servicios de Audio

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

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticias

- Cuidado Crítico: Reporte Comparativo de Facturación en noviembre
- Sensibilización de la Diabetes en noviembre

Cumplimiento

- Facturación de la Regla de 3 Días de SNF

Reclamaciones, Precios y Códigos

- COVID-19: Profesional de la Salud que Factura por los Códigos 98966-98968 de CPT

Artículos de MLN Matters®

- Actualización de la Tarifa del Sistema de Pago Prospectivo de Salud en el Hogar (PPS de HH) para el Año Calendario (CY) 2021
- Implementación de Cambios en el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Enfermedad Renal en Etapa

Terminal (ESRD) y Pago para Diálisis Realizada por Lesión Renal Aguda (AKI) en Centros de ESRD para el Año Calendario (CY) 2021

- Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICD-10) y Otras Revisiones de Codificación a Determinación de Cobertura Nacional (NCDs) -- abril de 2021
- Actualizaciones del Manual Relacionadas con la Declaración de Elección de Hospicio y la Implementación del Anexo de la Declaración de Elección
- Actualizaciones a las Reclamaciones del Modelo de Pago Enfocado en el Paciente (PDPM) de Centro de Enfermería Especializada (SNF)

Publicaciones

- Consejos de Cumplimiento del Proveedor — Revisado

Información para Pacientes de Medicare

- Las Primas de la Parte B de Medicare para el 2021 se Mantiene Estables

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

Tasas de pago de tarifas fijas médicas de Medicare del 2021 y el programa de participación

El periodo anual de participación para médicos y suplidores comienza el 1 de enero cada año, y corre hasta el 31 de diciembre. La inscripción de participación anual está programada para comenzar a mediados de noviembre de cada año. (Nota: Las fechas listadas para la emisión del material de inscripción de participación/divulgación de tarifas están sujetas a publicación del reglamento final anual.)

Las tasas de pago de tarifas fijas médicas de Medicare del 2021 (MPFS) serán publicadas en la página web del proveedor de Medicare, First Coast Service Options, luego de que se publique el reglamento final del MPFS en el Registro Federal. Esta publicación usualmente ocurre a mediados de noviembre.

Determinaciones de cobertura local

La sección de [LCDs/Asuntos Médicos](#) en nuestro sitio web le proporciona lo más reciente acerca de [noticias de asuntos médicos](#), [LCDs vigentes](#), y [LCDs propuestas](#). También puede encontrar información acerca de [medicamentos autoadministrados excluidos](#) y [pruebas clínicas](#).

First Coast ha hecho más fácil localizar LCDs vigentes, propuestas y retiradas en el [Índice de LCD Vigente](#). La [herramienta de búsqueda de LCD](#) le ayuda a encontrar información de cobertura que usted necesita de forma rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave o el “número L” de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación automáticamente le mostrará los enlaces a cualquier LCD que aplique de acuerdo a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión de internet, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Además de utilizar las herramientas de búsqueda, las LCDs de First Coast están disponibles utilizando la [base de datos de cobertura de Medicare \(MCD\)](#) (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Directrices razonables y necesarias

En la ausencia de una LCD, [determinación de cobertura nacional \(NCD\)](#) (en inglés), o de instrucción manual de CMS, las directrices razonables y necesarias aún aplican.

La Sección 1862(a) (1) (A) de la Ley de Seguro Social instruye lo siguiente:

“No se puede realizar ningún pago conforme a la Parte A o la Parte B por los gastos incurridos por artículos o servicios que no sean razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones.”

Nota: deforme está definido como (de una persona o parte del cuerpo) malformado; deformado.

El Contratista Administrativo de Medicare determinará si un artículo o servicio es “razonable y necesario” según la sección §1862(a) (1) (A) de la Ley si el servicio es:

- Seguro y efectivo;
- No experimental o de investigación; y
- Apropiado, incluida la duración y frecuencia en términos de si el servicio o el artículo es:
 - Realizado de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica médica para el diagnóstico o tratamiento de la condición del beneficiario o para mejorar la función de un miembro del cuerpo con malformaciones;
 - Realizado en un ambiente apropiado a las necesidades y condición médica del beneficiario;
 - Ordenado y realizado por personal cualificado; y
 - Cumple, pero no excede, la necesidad médica del beneficiario

Para cualquier servicio reportado a Medicare, se espera que la documentación médica demuestre claramente que el servicio llena todos los criterios mencionados anteriormente. Toda la documentación debe ser mantenida en el historial médico del paciente y estar disponible a solicitud del contratista.



Noticias de Medicare

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.

Cambios de Codificación de la ICD-10-CM de 2021

Los artículos de facturación y codificación fueron revisados con las actualizaciones de 2021 a la estructura de codificación de diagnóstico de la ICD-10-CM con vigencia para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2020**.

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

Un artículo de facturación y codificación para una LCD (cuando está presente) 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 de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencias se proveen en cada LCD, y son de acuerdo con la fecha en que son realizados los servicios a no ser que se especifique lo contrario en la LCD. Los contratistas de Medicare deben ofrecer un periodo de notificación de 45 días para las LCDs; la fecha en que la LCD es publicada en el sitio web es considerada como la fecha de notificación.

Notificación electrónica

Para recibir una notificación automática, rápida cuando se publiquen LCDs nuevas y revisadas en el sitio web, suscríbase a la [lista de correo electrónico de eNews de First Coast](#). Simplemente ingrese su dirección de correo electrónico y seleccione la opción de suscripción que mejor llene sus necesidades.

Más información

Para más información, o si no tiene acceso a internet, para obtener una copia impresa de una LCD en específico, comuníquese con Asuntos Médicos a:

First Coast Service Options
Medical Affairs
2020 Technology Parkway
Suite 100
Mechanicsburg PA 17050-9419

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

- Recetas electrónicas (eRx)
- Registros de salud electrónicos (EHR)
- Áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA)
- Programa de incentivo de cuidado primario (PCIP)



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@fcsso.com

855-416-4199

Páginas web:

medicare.fcsso.com

medicareespanol.fcsso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

First Coast Service Options
Medicare Part A Claims
P.O.Box 2006,
Mechanicsburg PA 17055-0733

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.
Medicare Part A Claims
P.O.Box 2001,
Mechanicsburg PA 17055-0733

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

First Coast Service Options Inc.
Attention: JN EDI
PO Box 3703
Mechanicsburg, PA 17055-1861

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.
JN Part A and B Complaint Processing Unit
P.O. Box 3419
Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).
Solicitudes FOIA de JN
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

Consultas generales

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

Correo electrónico:

AskFloridaA@fcsso.com

AskPuertoRicoA@fcsso.com

AskPuertoRicoB@fcsso.com

Determinaciones de cobertura local

First Coast Service Options
Medical Affairs

2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Medicare como pagador secundario (MSP)

First Coast Service Options
Medicare Part A Claims PR
P.O. Box 2001

Mechanicsburg, PA 17055-0733

Auditorías de hospital

First Coast Service Options Inc.
JN Provider Audit & Reimbursement
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recauda 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
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 3701
Mechanicsburg, PA 17055-1860

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications
P. O. Box 3409
Mechanicsburg, PA 17055-1849

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/
Appeals
P. O. Box 3411
Mechanicsburg, PA 17055-1851

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.
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

Centros de 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)

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:elarning@fcsso.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

First Coast Service Options

P.O. Box 2004

Mechanicsburg, PA 17055-0709

Redeterminaciones

First Coast Service Options

P.O. Box 3412

Mechanicsburg, PA 17055-1851

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 3412

Mechanicsburg, PA 17055-1851

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 3425

Mechanicsburg, PA 17055-1825

askFloridaB@fcsso.com

Formulario

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Asuntos médicos

Medical Affairs

2020 Technology Parkway Suite 100

Mechanicsburg, PA 17050-9419

medicalaffairs@guidewellsources.com

MSP

First Coast Service Options

P.O. Box 2004

Mechanicsburg, PA 17055-0700

Intercambio electrónico de datos (EDI)

First Coast Service Options Inc.

Attention: JN EDI

PO Box 3703

Mechanicsburg, PA 17055-1861

Sobrepagos

First Coast Service Options

P.O. Box 3121

Mechanicsburg, PA 17055-1831

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

2020 Technology Parkway Suite 100

Mechanicsburg, PA 17050-9419

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.

JN Part A and B Complaint Processing Unit P.O. Box 3419

Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes Freedom of Information Act

First Coast Service Options Inc.

JN FOIA requests

P.O. Box 3425

Mechanicsburg, PA 17055-1825

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

2020 Technology Parkway

Suite 100

Mechanicsburg, PA 17050-9419

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

First Coast Service Options
P.O. Box 2009
Mechanicsburg, PA 17055-0709

Redeterminaciones

First Coast Service Options
P.O. Box 3411
Mechanicsburg, PA 17055-1850

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options
P.O. Box 3412
Mechanicsburg, PA 17055-1851

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.
QIC Parte B South
P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

FloridaB@fcso.com

[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment
P.O. Box 3409
Mechanicsburg, PA 17055-1849

Asuntos médicos

Medical Affairs
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419
medicalaffairs@guidewellsources.com

MSP

First Coast Service Options
P.O. Box 2009
Mechanicsburg, PA 17055-0709

Intercambio electrónico de datos (EDI)

First Coast Service Options Inc.
PO Box 3703
Mechanicsburg, PA 17055-1861

Sobrepagos

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 3092
Mechanicsburg, PA 17055-1810

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints
P.O. Box 3419
Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

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

First Coast Service Options
P.O. Box 2004
Mechanicsburg, PA 17055-0709

Redeterminaciones

First Coast Service Options
P.O. Box 3412
Mechanicsburg, PA 17055-1851

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 3412
Mechanicsburg, PA 17055-1851

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 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

askFloridaB@fcsso.com

[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment
P.O. Box 3409
Mechanicsburg, PA 17055-1849

Asuntos médicos

Medical Affairs
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

medicalaffairs@guidewellsources.com

MSP

First Coast Service Options
P.O. Box 2004
Mechanicsburg, PA 17055-0700

Intercambio electrónico de datos(EDI)

First Coast Service Options Inc.
Attention: JN EDI
PO Box 3703
Mechanicsburg, PA 17055-1861

Sobrepagos

First Coast Service Options
P.O. Box 3121
Mechanicsburg, PA 17055-1831

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.
JN Part A and B Complaint Processing Unit P.O. Box 3419
Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes Freedom of Information Act

First Coast Service Options Inc.
JN FOIA requests
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.
2020 Technology Parkway
Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Sitios web

Proveedor

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

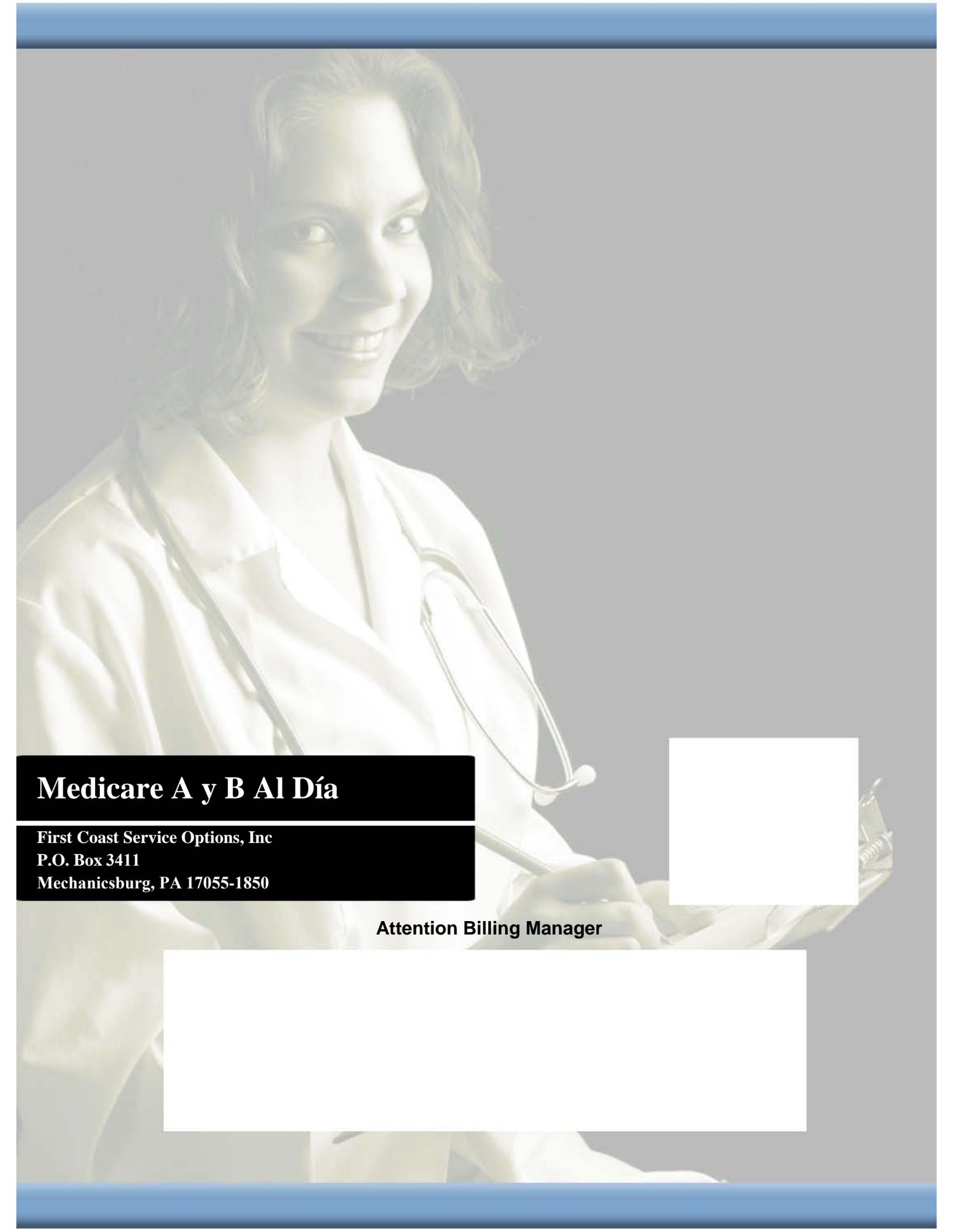
Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

[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 3411
Mechanicsburg, PA 17055-1850**

Attention Billing Manager