

Medicare A y B *Al Día*



Boletín para proveedores de MAC JN

Diciembre 2020

En esta edición

| | |
|--|----|
| MLN Connects® – Edición Especial – martes, 1 de diciembre de 2020 | 5 |
| Actualizaciones a las políticas de pago de Medicare Advantage de enfermería y educación aliada para la salud | 13 |



MLN Connects® – Edición Especial – lunes, 14 de diciembre de 2020

Códigos de la vacuna de COVID-19: Fecha de vigencia actualizada para Pfizer-BioNTech

El 11 de diciembre de 2020, la U.S. Food and Drug Administration emitió (en inglés) una *Autorización de uso de emergencia (EUA) para la vacuna Pfizer-BioNTech de COVID 19* para la prevención de COVID-19 para individuos de 16 años de edad y mayores. Revise la *Hoja informativa para proveedores de cuidado médico que administran vacunas (proveedores de vacunación)* de Pfizer's (en inglés) acerca de las limitaciones de uso autorizado.

Durante la Emergencia de Salud Pública (PHE) por COVID-19, Medicare cubrirá y pagará por la administración de la vacuna (cuando sea prestada en consistencia con la EUA). Revise nuestra *estructura de código CPT de pago y HCPCS Nivel I* actualizada (en inglés) para información

específica de la vacuna de COVID-19. Solo facture por los códigos de administración de la vacuna cuando usted presente reclamaciones a Medicare; no incluya los códigos de productos de vacunas cuando las vacunas sean gratuitas.



Enlaces relacionados (en inglés):

- *Kit de herramientas del proveedor de COVID-19* de CMS
- *Preguntas frecuentes (FAQs) de COVID-19* de CMS
- *Kit de herramientas de comunicación de vacunación de COVID-19* de la CDC para centros médicos, clínicas, y médicos

- Página web de la FDA de *Vacunas de COVID-19*

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

MLN Connects® – Edición Especial – lunes, 14 de diciembre de 2020.....1

Recursos educativos

Calendario de eventos.....3

CMS MLN Connects®

MLN Connects® para el jueves, 19 de noviembre de 2020.....4

MLN Connects® para el miércoles, 25 de noviembre.....4

MLN Connects® – Edición Especial – martes, 1 de diciembre de 2020.....5

MLN Connects® – Edición Especial – miércoles, 2 de diciembre de 2020.....7

MLN Connects® – Edición Especial – jueves, 3 de diciembre de 2020.....9

MLN Connects® para el jueves, 3 de diciembre de 2020.....10

MLN Connects® – Edición Especial – miércoles, 9 de diciembre de 2020.....10

MLN Connects® para el jueves, 10 de diciembre de 2020.....11

MLN Connects® – Edición Especial – jueves, 10 de diciembre de 2020.....11

MLN Connects® para el jueves, 17 de diciembre de 2020.....12

MLN Connects® – Edición Especial – viernes, 18 de diciembre de 2020.....12

MLN Connects® – Edición Especial – viernes, 18 de diciembre de 2020.....13

Parte A

Noticias de facturación

Actualizaciones a las políticas de pago de Medicare Advantage de enfermería y educación aliada para la salud.....13

Contactos de la Parte A.....14

Determinaciones de Cobertura Local de las Partes A y B.....15

Parte B

Información de contacto de Puerto Rico.....17

Información de contacto de Florida.....18

Información de contacto de Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....19

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© 2020 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© 2020 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.

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)



Recursos educativos

Calendario de eventos

Enero de 2021

Servicios de E/M: Preparándose para los cambios del 2021 (B)

Cuando: 19 de enero de 2021
Hora: 2-3:30 p.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 jueves, 19 de noviembre de 2020

Asilos de Ancianos: Tomen Capacitación de COVID-19

[MLN Connects® para el 19 de noviembre de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- CMS Publica Datos de Capacitación de COVID-19 para Asilos de Ancianos con Llamado Urgente a Tomar Acción
- Pagos Indebidos Estimados del FFS de Medicare Disminuyen por \$15 Miles de Millones Desde 2016
- CMS Retira Herramientas de Comparación Original el 1 de diciembre
- COVID-19: Lecciones de Operaciones del Cuidado de la Salud y Fomento de la Resiliencia Profesional
- Programa de la Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare

- Reconociendo el Mes de la Concientización del Cáncer del Pulmón y el Gran Día de No Fumar

Cumplimiento

- Cuidado en Hospicio: Salvaguardas para Pacientes de Medicare

Eventos

- Llamada de CMS-CDC acerca de los Fundamentos de COVID-19 para el Manejo de la Prevención en Asilos de Ancianos — 19 de noviembre
- Webcast de la Transparencia de Precio de Hospital — 8 de diciembre

Multimedia

- Webcast de Reporte de Costo de la Parte A: 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® para el miércoles, 25 de noviembre de 2020

Webcast acerca de Transparencia de Precio Hospitalario el 12/8

[MLN Connects® para el 25 de noviembre de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- CMS Anuncia Cambios Históricos a las Reglamentaciones de Auto-Referidos Médicos
- La Política Aumentará el Número de Órganos que Salvan Vidas al Hacer Responsables a las OPAs mediante la Transparencia y la Competencia
- El Modelo de Pago de Medicamentos Recetados Pondrá a los Pacientes Estadounidenses Primero
- Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS: Contrate Suplidores para la Ronda del 2021
- APMs del Programa de Pago de Calidad: Fecha Límite Extendida para Actualizar Información de Facturación — 13 de diciembre
- Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico: Determinaciones de Pago Finales para el CY 2021
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Repaso de noviembre
- Noviembre es el Mes de la Salud en el Hogar y Hospicio
- El Día Mundial del SIDA es el 1 de diciembre

Cumplimiento

- Servicios de Polisomnografía: Fracture Correctamente

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Reclamaciones Válidas

Eventos

- Foro de Puertas Abiertas acerca de Servicios y Apoyos Prolongados — 1 de diciembre
- Webcast de la Transparencia de Precio de Hospital — 8 de diciembre
- Llamada acerca del Reglamento Final de Interoperabilidad y Acceso del Paciente — 9 de diciembre

Artículos de MLN Matters

- Cambios al PRICER de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) para Aceptar los Campos de Índice Salarial Complementario del Archivo Específico del Proveedor Ambulatorio, el Cálculo de Reducción de Red y el Nuevo Código de Valor para el Tiempo en la Máquina
- Actualización a la Categoría de Estado de Reclamación y a los Códigos de Estado de Reclamación
- Implementación de Dos (2) Nuevos Códigos de Condición NUBC. Código de Condición "90", "Servicio

Ver **MLN**, en la página 8

MLN Connects® – Edición Especial – martes, 1 de diciembre de 2020

La Administración Trump finaliza expansión permanente de los servicios de telesalud de Medicare y mejor pago por el tiempo que los médicos dedican a los pacientes

El 1 de diciembre, CMS publicó el reglamento final anual del Programa de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (PFS), que pone en prioridad la inversión de CMS en la atención primaria y el manejo de enfermedades crónicas al aumentar los pagos a los médicos y otros profesionales por el tiempo adicional que pasan con los pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas. El reglamento permite a los profesionales que no son médicos brindar la atención para la que fueron capacitados y autorizados, lo que reduce la burocracia para que los profesionales de la salud puedan ejercer al máximo de su licencia y pasar más tiempo con los pacientes en lugar de en trámites innecesarios. Este reglamento final toma medidas para implementar aún más la Orden Ejecutiva del presidente Trump sobre la protección y mejora de Medicare para las personas mayores de nuestra nación, incluyendo la priorización de la expansión de alternativas comprobadas como la telesalud.

“Durante la pandemia de COVID-19, las acciones de la Administración Trump han desatado una explosión en la innovación de telesalud, y ahora nos estamos moviendo para hacer que muchos de estos cambios sean permanentes”, dijo el secretario del HHS, Alex Azar. “Los beneficiarios de Medicare ahora podrán recibir docenas de nuevos servicios a través de telesalud, y seguiremos explorando formas de brindar a los estadounidenses acceso a la atención médica en el entorno que ellos y su médico decidan que tiene sentido para ellos”.

“La telesalud ha sido durante mucho tiempo una prioridad para la Administración Trump, por lo que comenzamos a pagar visitas virtuales breves en áreas rurales mucho antes de que ocurriera la pandemia”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “Pero la pandemia acentuó lo transformadora que podría ser, y varios meses después, está claro que el sistema de atención médica se ha adaptado a la perfección a una expansión histórica de telesalud que inaugura una nueva era en la prestación de atención médica”.

Finalizando la expansión de telesalud y mejorando la salud rural

Antes de la emergencia de salud pública (PHE) por COVID-19, solo 15,000 beneficiarios de tarifas por servicio cada semana recibían un servicio de telemedicina de Medicare. Desde el comienzo de la PHE, CMS ha añadido 144 servicios de telesalud, como visitas al departamento de emergencias, visitas iniciales al hospital y al centro de enfermería, y servicios de administración del día del alta, que están cubiertos por Medicare hasta el final de la PHE. Estos servicios se añadieron para permitir un



acceso seguro a importantes servicios de atención médica durante la PHE. Como resultado, los datos preliminares muestran que entre mediados de marzo y mediados de octubre de 2020, más de 24,5 millones de los 63 millones de beneficiarios y personas inscritas han recibido un servicio de telemedicina de Medicare durante la PHE.

Este reglamento final cumple con la reciente Orden Ejecutiva del Presidente sobre la mejora del acceso a la salud rural y la telesalud al añadir más de 60 servicios a la lista de telesalud de Medicare que continuarán estando cubiertos más allá del final de la PHE, y continuaremos recopilando más datos y evaluar si se deben añadir más servicios en el futuro. Estas adiciones permiten a los beneficiarios en áreas rurales, que se encuentran en un centro médico, (como un hogar de ancianos) seguir teniendo acceso a servicios de telesalud, como ciertos tipos de visitas al departamento de emergencias, servicios de terapia y servicios de cuidados críticos. Medicare no tiene la autoridad legal para pagar por telesalud a beneficiarios fuera de las áreas rurales o, con ciertas excepciones, permitir que los beneficiarios reciban telesalud en su hogar. Sin embargo, este es un paso importante y, como resultado, los beneficiarios de Medicare en áreas rurales tendrán un acceso más conveniente a la atención médica.

Además, CMS está anunciando un estudio comisionado de sus flexibilidades de telesalud proporcionadas durante la PHE por COVID-19. El estudio explorará nuevas oportunidades para los servicios en los que la supervisión de la atención virtual y la telesalud, y el monitoreo remoto se pueden utilizar para brindar atención a los pacientes de manera más eficiente y mejorar la integridad del programa, ya sea que estén siendo tratados en el hospital o en el hogar.

Pago por evaluación y manejo (E/M) en la oficina/centro ambulatorio y visitas comparables

El año pasado, CMS finalizó un aumento histórico en las tasas de pago para las visitas de E/M en la oficina/

Ver **MLN EE**, en la página 6

MLN EE

De la página 5

pacientes ambulatorios cara a cara que entrará en vigencia en el 2021. La población de Medicare está aumentando, con más de 10,000 beneficiarios que se unen al programa todos los días. Junto con este crecimiento en la inscripción, aumenta la complejidad de las necesidades de atención médica de los beneficiarios, con más de dos tercios de los beneficiarios de Medicare que tienen dos o más condiciones crónicas. El aumento de la tasa de pago de las visitas al consultorio de E/M reconoce esta demanda y garantiza que los médicos reciban un pago adecuado por el tiempo que dedican a coordinar la atención de los pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas. Estos aumentos de pago, basados en las recomendaciones de la Asociación Médica Americana (AMA), apoyan a los médicos que brindan atención crucial a los pacientes con demencia o manejan las transiciones entre el hospital, los centros de enfermería y el hogar.

Bajo este reglamento final, CMS continúa dando prioridad a esta inversión en atención primaria y manejo de enfermedades crónicas al aumentar de manera similar el valor de muchos servicios que son similares a las visitas de E/M en la oficina, como paquetes de atención de maternidad, visitas al departamento de emergencias, tratamiento renal en etapa terminal, paquetes de pagos por enfermedad y servicios de evaluación de fisioterapia y terapia ocupacional. Estos ajustes garantizan que CMS reconozca adecuadamente el tipo de atención en la que los médicos necesitan pasar más tiempo cara a cara con los pacientes.

“Esta política finalizada marca las actualizaciones más significativas de los códigos de E/M en 30 años, reduciendo la carga sobre los médicos impuesta por el sistema de codificación y recompensando el tiempo dedicado a evaluar y administrar la atención de sus pacientes”, agregó la administradora Verma. “En el pasado, el sistema ha recompensado las intervenciones y los procedimientos por el tiempo dedicado a los pacientes: tiempo dedicado a prevenir enfermedades y controlar las enfermedades crónicas”.

Además del aumento en el pago de las visitas de E/M en la oficina, los cambios simplificados de codificación y documentación para la facturación de Medicare para estas visitas entrarán en vigencia comenzando el 1 de enero de 2021. Los cambios modernizan las directrices de documentación y codificación desarrolladas en la década de 1990, y vienen después de amplia colaboración con las partes interesadas con la AMA y otros. Estos cambios reducirán significativamente la carga de la documentación para todos los médicos, dándoles mayor discreción para elegir el nivel de visita en función de las directrices para la toma de decisiones médicas (el proceso mediante el cual un médico formula un curso de tratamiento basado en la información del paciente, por ej., mediante la realización de un examen físico, revisión de antecedentes, realización

de pruebas, etc.) o tiempo dedicado a los pacientes. Se espera que estos cambios ahorren a los médicos 2.3 millones de horas por año en cargas administrativas para que los médicos puedan pasar más tiempo con sus pacientes.

Ámbito profesional de práctica y supervisión

Como parte de la Iniciativa de Pacientes sobre el papeleo, la Administración Trump está reduciendo la burocracia para que los profesionales de la salud puedan ejercer al máximo de su licencia y pasar más tiempo con los pacientes en lugar de con el papeleo innecesario. El reglamento final de PFS hace permanentes varias flexibilidades de la fuerza laboral provistas durante la PHE por COVID-19 que permiten a los profesionales de la salud brindar la atención para la que fueron capacitados y autorizados, sin imponer restricciones adicionales por parte del programa Medicare.

Específicamente, CMS está finalizando los siguientes cambios:

- Ciertos profesionales de la salud, como enfermeras especializadas y asistentes médicos, pueden supervisar la realización de pruebas de diagnóstico dentro de su ámbito de práctica y la ley estatal, ya que mantienen las relaciones legales requeridas con los médicos supervisores o colaboradores.
- Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales podrán delegar la “terapia de mantenimiento” - la atención continua después de que se establezca un programa de terapia - a un asistente de terapia.
- Los terapeutas físicos y ocupacionales, los patólogos del habla y el lenguaje y otros médicos que facturan directamente a Medicare pueden revisar y verificar, en lugar de volver a documentar, la información ya ingresada por otros miembros del equipo clínico en el expediente médico del paciente. Como resultado, los médicos tienen la flexibilidad de delegar ciertos tipos de atención, reducir la duplicación de documentación y supervisar ciertos servicios que antes no podían, aumentando el acceso a la atención para los beneficiarios de Medicare.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento final](#)
- Hoja informativa del [Reglamento final de tarifas fijas médicas](#)
- Hoja informativa y preguntas frecuentes (FAQs) del [Reglamento final del Programa de pago de calidad](#)
- Hoja informativa del [Programa de prevención de la diabetes de Medicare](#)

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 – miércoles, 2 de diciembre de 2020

La administración Trump finaliza políticas para brindar a los beneficiarios de Medicare más opciones en torno a cirugías

El reglamento final del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios y para centro de Cirugía Ambulatoria faculta a los beneficiarios a elegir y desata la competencia para reducir los costos y mejorar la innovación

El 2 de diciembre, CMS finalizó los cambios de política que brindarán a los pacientes de Medicare y a sus médicos más opciones para recibir atención a un costo menor en un entorno ambulatorio. Los reglamentos finales del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) y para Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) aumentarán el valor para los beneficiarios de Medicare y reflejarán los esfuerzos de la agencia para transformar el sistema de prestación de atención médica a través de la competencia y la innovación. Estos cambios implementan la Orden Ejecutiva de la Administración Trump sobre la Protección y Mejora de Medicare para las Personas Mayores de Nuestra Nación, y entrarán en vigencia el 1 de enero de 2021.

“El mandato del presidente Trump en el puesto ha estado marcado por un impulso implacable para nivelar el campo de juego e impulsar la competencia en todo momento”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “El reglamento de hoy no es diferente. Permite a los médicos y pacientes tomar decisiones sobre el lugar de cuidado más apropiado, en función de lo que tenga más sentido para el curso del tratamiento y el paciente sin micro manejo desde Washington”.

En este reglamento final, CMS comenzará a eliminar la lista Solo Para Pacientes Hospitalizados (IPO) de 1,700 procedimientos por los cuales Medicare solo pagará cuando se realicen en el entorno hospitalario para pacientes hospitalizados durante un período de transición de tres años, comenzando con unos 300 servicios principalmente relacionados con el aparato musculoesquelético. La lista de IPO se eliminará por completo para el año 2024. Esto hará que estos procedimientos sean elegibles para ser pagados por Medicare cuando se provean en el entorno hospitalario para pacientes ambulatorios cuando la atención ambulatoria sea apropiada, así como seguirán siendo pagaderos cuando se presten en el entorno hospitalario cuando la atención hospitalaria sea apropiada, según lo determine el médico. A corto plazo, a medida que

los hospitales se enfrentan a un aumento repentino de pacientes con complicaciones por COVID-19, poder brindar tratamiento en entornos ambulatorios permitirá que los pacientes sin COVID-19 reciban la atención que necesitan.

Además de poner las decisiones sobre el mejor lugar de atención en manos de los médicos, permitir que se realicen más procedimientos en un entorno ambulatorio también brinda opciones de menor costo que benefician al paciente.

Por ejemplo, la tromboendarterectomía (código HCPCS 35372) es un procedimiento quirúrgico que elimina los coágulos sanguíneos crónicos de las arterias del pulmón. Si este procedimiento se realiza en un entorno hospitalario, un paciente que no haya tenido otros gastos de atención médica ese año tendría un deducible de aproximadamente \$1500.

Por el contrario, el copago por este procedimiento para el mismo paciente en el entorno ambulatorio sería de aproximadamente \$1150. La seguridad del paciente y la calidad de la atención serán salvaguardadas por la evaluación del médico del riesgo de un procedimiento o servicio para el beneficiario individual y su selección del entorno de atención más apropiado en función de este riesgo. Esto se suma a los requisitos de licencia estatales y locales, los requisitos de acreditación, las condiciones

de participación del hospital, las leyes de negligencia médica y las iniciativas y programas de control y calidad de los CMS.

Comenzando el 1 de enero de 2021, se van a añadir once procedimientos a la Lista de procedimientos cubiertos (CPL) de ASC, incluida la artroplastia total de cadera (CPT 27130), bajo nuestro proceso de revisión estándar. Además, estamos revisando los criterios que usamos para añadir procedimientos quirúrgicos a la CPL de ASC, contando que ciertos criterios que usábamos para añadir procedimientos quirúrgicos a la CPL de ASC en el pasado, ahora serán factores que los médicos deben considerar al decidir si un beneficiario específico debe recibir un procedimiento quirúrgico cubierto en un ASC. Utilizando nuestros criterios revisados, estamos añadiendo 267 procedimientos quirúrgicos adicionales a la CPL de ASC comenzando el 1 de enero de 2021. Por último, estamos adoptando un proceso de notificación para los procedimientos quirúrgicos que el público cree que se pueden añadir a la CPL de ASC según los criterios que mantenemos.



MLN EE 12/2

De la página 7

CMS está anunciando que continuará con su política de pagar los medicamentos adquiridos por 340B a un precio de venta promedio menos 22.5% después de la decisión del 31 de julio de 2020 del Tribunal de Apelaciones del Circuito de D.C. que mantiene la política actual. Esta política reduce los costos de desembolso personal en medicamentos para los beneficiarios de Medicare al permitirles compartir el descuento que reciben los hospitales bajo el programa 340B. Desde que esta política entró en vigor en 2018, los beneficiarios de Medicare han ahorrado casi \$1 mil millones en costos de medicamentos, con un ahorro esperado en los costos de medicamentos de los beneficiarios de Medicare de más de \$300 millones en el CY 2021.

Como parte de la Iniciativa Pacientes Sobre el Papeleo de la agencia, que tiene como objetivo reducir la carga para los proveedores de atención médica, CMS está estableciendo una metodología simple y actualizada para calcular la Cualificación General por Estrellas de la Calidad del Hospital (Cualificación General por Estrellas). La Cualificación General por Estrellas resume una variedad de medidas de calidad publicadas en la herramienta Care Compare de Medicare.gov (la sucesora de Hospital Compare) para afecciones comunes que tratan los hospitales, como ataques cardíacos o neumonía. Junto con los datos informados públicamente en Care Compare, la Cualificación General por Estrellas ayuda a los pacientes a tomar decisiones de atención médica mejor informadas. Los hospitales de la Administración de Salud para Veteranos se añadirán a

Care Compare de CMS, lo que ayudará a los veteranos a comprender la calidad de los hospitales dentro del sistema de VA. En general, estos cambios reducirán la carga del proveedor, mejorarán la previsibilidad de las calificaciones con estrellas y facilitarán que los pacientes comparen calificaciones entre hospitales similares.

En respuesta a los comentarios de las partes interesadas sobre la metodología actual utilizada para calcular la calificación general por estrellas, CMS no está finalizando su propuesta para estratificar las medidas de readmisión bajo la nueva metodología basada en pacientes doblemente elegibles, pero continuará estudiando el tema para encontrar la mejor manera de transmitir la calidad de atención a esta población vulnerable.

Finalmente, con el fin de abordar la emergencia de salud pública en curso, CMS está finalizando un nuevo requisito para que los 6,200 hospitales y hospitales de acceso crítico del país informen sobre su inventario de terapias para tratar el COVID-19. Este informe proporcionará la información necesaria para rastrear y asignar con precisión los tratamientos a los hospitales que necesitan un inventario adicional para atender a los pacientes y satisfacer las necesidades de aumento.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento final](#)
- [Hoja informativa](#)

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

MLN

De la página 4

Brindado como Parte de una Aprobación de Acceso Expandido y Código de Condición "91", "Servicio Brindado como Parte de una Autorización de Uso de Emergencia (EUA)"

- Implementar Reglamento Operacional – Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) de la Fase III de la Remesa de Pago Electrónica (ERA): Uso Uniforme 360 de los Códigos de Denegación de Ajuste de Reclamación (CARC) del Comité de Normas de Funcionamiento para el Intercambio de Información (CORE), Código de Observación de Remesa de Pago (RARC), y Reglamento de Código de Grupo de Ajuste de Reclamación (CAGC) — Actualización del CORE del Consejo de Cuidado de la Salud de Calidad Asequible (CAQH)
- Determinación de Cobertura Nacional (NCD 90.3): Terapia de Células T con Receptor de Antígeno Quimérico (CAR)
- Actualización del Código de Observación de Remesa de Pago (RARC), Código de Denegación de Ajuste de Reclamación, Medicare Remit Easy Print (MREP) y PC Print

- Actualización al Deducible, Coaseguro y Tarifas Primas de Medicare para el Año Calendario (CY) 2021
- Actualización a la Edición de Servicios de Vacunación
- Descripción General del Modelo de Autorización Previa de Ambulancia No Emergente Programada Repetitiva — Revisado
- Facturación de Servicios de Infusión en el Hogar en o Después del 1 de enero de 2021 — Revisado
- Actualización a la Tasa del Sistema de Pago Prospectivo de Salud en el Hogar (PPS de HH) para el Año Calendario (CY) 2021 — Revisado
- Actualización al Capítulo 10 de la Publicación (Pub.) 100-08 – Políticas de Inscripción para Suplidores de Terapia de Infusión en el Hogar (HIT) — Revisado

Publicaciones

- Información de DMEPOS para Farmacias — Revisado
- Estándares de Calidad de DMEPOS — Revisado
- Planificación de Cuidado Avanzado — Revisado

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 – jueves, 3 de diciembre de 2020

Recordatorio de discreción de aplicación y tratamiento de anticuerpos para COVID-19

- [CMS toma más medidas para garantizar que los beneficiarios de Medicare tengan un amplio acceso al tratamiento con anticuerpos para el COVID-19](#)
- [Vacunas contra COVID-19 e infusión de anticuerpos monoclonales: discreción de la aplicación relacionada con la facturación consolidada de SNF](#)

CMS toma más medidas para garantizar que los beneficiarios de Medicare tengan un amplio acceso al tratamiento con anticuerpos para el COVID-19

La Food and Drug Administration emitió una autorización de uso de emergencia (EUA) para la terapia de anticuerpos monoclonales en investigación, casirivimab e imdevimab, administrados juntos, para el tratamiento de COVID-19 leve a moderado en adultos y pacientes pediátricos con COVID-19 positivo con resultados de las pruebas que tienen un alto riesgo de progresar a COVID-19 grave y/u hospitalización. Casirivimab e imdevimab, administrados juntos, solo se pueden administrar en entornos en los que los proveedores de atención médica tengan acceso inmediato a medicamentos para tratar una reacción grave a la infusión, como anafilaxia, y la capacidad de activar el Sistema Médico de Emergencia (EMS), según sea necesario. Revise la [hoja informativa para proveedores de atención médica de la EUA de Casirivimab e Imdevimab](#) con respecto a las limitaciones del uso autorizado cuando se administran juntas (en inglés).

Durante la emergencia de salud pública (PHE) por COVID-19, Medicare cubrirá y pagará estas infusiones de la misma manera que cubre y paga las vacunas contra COVID-19 (cuando se proporcionen de acuerdo con la EUA).

CMS identificó códigos específicos para el producto de anticuerpos monoclonales y códigos de administración específicos para el pago de Medicare: [Anticuerpo Casirivimab e Imdevimab de Regeneron \(REGN-COV2\)](#) (en inglés), EUA con vigencia del 21 de noviembre de 2020.

Q0243:

Descriptor largo: Inyección, casirivimab e imdevimab, 2400 mg

Descriptor corto: Iny casirivimab e imdevimab

M0243:

Descriptor largo: Infusión intravenosa, casirivimab e imdevimab incluye infusión y monitoreo posadministración

Descriptor corto: Infusi casirivimab imdevimab

Recursos adicionales (en inglés):

- [Lista de códigos de facturación de la infusión de anticuerpos monoclonales COVID-19, asignaciones de pago y fechas de vigencia](#)



- [Instrucción del programa de infusión de anticuerpos monoclonales de COVID-19](#)
- [Kit de herramientas para proveedores de vacunas de CMS contra COVID-19](#)

Vacunas contra COVID-19 e infusión de anticuerpos monoclonales: discreción de la aplicación relacionada con la facturación consolidada de SNF

Para facilitar la administración eficiente de las vacunas contra COVID-19 a los residentes de Centros de Enfermería Especializada (SNF), CMS está ejerciendo [discreción de cumplimiento](#) (en inglés) con respecto a las disposiciones legales que requieren facturación consolidada por parte de los SNF, así como cualquier referencia legal asociada y reglamentaciones de implementación, incluso según se interprete en la guía pertinente. Mediante el ejercicio de esta discreción, permitiremos que los inmunizadores inscritos en Medicare trabajen dentro de su alcance de práctica y sujeto a la ley estatal aplicable, incluidas, entre otras, farmacias que trabajan con los Estados Unidos, así como centros de infusión y agencias de servicios de salud en el hogar, para facturar directamente y recibir un reembolso directo del programa Medicare por vacunar a los residentes de SNF de la Parte A de Medicare. Esta discreción de cumplimiento y, en consecuencia, la capacidad de las entidades distintas del SNF para presentar reclamaciones por estos productos de anticuerpos monoclonales y su administración proporcionada a los residentes de SNF de la Parte A de Medicare, se limita al período descrito en el aviso de discreción de cumplimiento citado anteriormente.

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

MLN Connects® para el jueves, 3 de diciembre de 2020

Inscríbase para la llamada de tarifas fijas de médicos el 12/10

[MLN Connects® para el 3 de diciembre de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- Estrategia Integral para Mejorar la Capacidad Hospitalaria en Medio del Brote de COVID-19
- CMS Actualiza Políticas de Cobertura para Corazones Artificiales y Dispositivos de Asistencia Ventricular
- PEPPERS para Hospitales de Cuidado Agudo de Corto Plazo: Descarga desde el 4 al 14 de diciembre
- Cantidad de Tarifa de Solicitud de Inscripción del Proveedor para el CY 2021

Cumplimiento

- Hospicios: Crear un Plan de Cuidado Efectivo

Eventos

- Webcast de la Transparencia de Precio de Hospital — 8 de diciembre
- Llamada del Reglamento Final de Interoperabilidad y Acceso del Paciente — 9 de diciembre

- Llamada de Comprender los 4 Temas Claves del Reglamento Final de Tarifas Fijas para Médicos — 10 de diciembre

Artículos de MLN Matters

- 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 — Revisado

Publicaciones

- Reemplazo Mayor de Articulaciones (Cadera o Rodilla) — Revisado
- Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Suministros de Traqueotomía — Revisado

Multimedia

- Curso de Capacitación Basado en la Web de Codificación de Diagnóstico: Utilizando la ICD-10-CM — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web de Codificación de Diagnóstico: Utilizando la ICD-10-PCS — Revisado

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 – miércoles, 9 de diciembre de 2020

Por si se lo perdió: CMS anuncia orientación para la cobertura de Medicare de tratamiento con anticuerpos para COVID-19

El 9 de diciembre, CMS publicó actualizaciones de las preguntas frecuentes y una infografía acerca de la cobertura y el pago de anticuerpos monoclonales para tratar COVID-19. Las preguntas frecuentes incluyen orientación general de pago y facturación para estos productos, incluidas preguntas acerca de los diferentes tipos de escenarios. La infografía contiene datos clave sobre el pago esperado de Medicare a los proveedores e información sobre cómo los beneficiarios de Medicare pueden recibir estos tratamientos innovadores para COVID-19 sin costo compartido durante la emergencia de salud pública (PHE). El [anuncio](#) (en inglés) de CMS del 10 de noviembre de 2020 acerca de la cobertura de las terapias con anticuerpos monoclonales permite una amplia gama de proveedores y suplidores, incluidos los centros de infusión independientes y en el hospital, las

agencias de salud en el hogar, los hogares de ancianos y las entidades con las que los hogares de ancianos tengan contrato, administren este tratamiento de acuerdo con la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) de la Food and Drug Administration (FDA), y facturar a Medicare para administrar estas infusiones. Actualmente, dos terapias de anticuerpos monoclonales han recibido EUA para el tratamiento de COVID-19.

Para más información (en inglés):

- [Infografía de Cobertura de Terapéuticos](#)
- Sección BB de las [Preguntas frecuentes \(FAQs\): facturación y pago por tratamientos con anticuerpos monoclonales](#)
- [Kit de herramientas monoclonales y orientación del programa](#)

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

MLN Connects® para el jueves, 10 de diciembre de 2020

Vacunas contra la gripe y la neumonía: Proteja a sus pacientes

[MLN Connects® para el 10 de diciembre de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- Vacunas Contra la Gripe y la Neumonía: Proteja a Sus Pacientes
- Modelo VBID: Componente de Beneficio de Hospicio
- Pagos Abiertos: Revise y Dispute Datos para el 31 de diciembre
- Transparencia de Precio Hospitalario: Requerimientos con Vigencia A Partir del 1 de enero
- Periodo de Inscripción de Participación Anual Extendido hasta el 31 de enero
- Solicitud de Excepción de Circunstancias Extremas e Incontrolables del MIPS 2020: Fecha Límite el 1 de febrero
- COVID-19: Kit de Herramientas de Operaciones de Hospital

Cumplimiento

- Servicios de Telesalud: Fracture Correctamente

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Archivos de Código ICD-10 MS-DRG Grouper V38.1 y ICD-10-PCS de 2021
- Archivos de Precio Promedio de Ventas: enero de 2021

Eventos

- Llamada acerca de los Fundamentos de CMS-CDC de la Prevención de COVID-19 para el Manejo de Hogares de Ancianos — 10 de diciembre y 7 de enero

Artículos de MLN Matters

- Actualización del Límite de Pago de la Tarifa Todo



Incluido (AIR) de Clínica de Salud Rural (RHC) para el Año Calendario (CY) 2021

- Actualización del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Centro de Salud Federalmente Cualificado (FQHC) para el Año Calendario (CY) 2021 - Actualización de Archivo Recurrente
- Flexibilidades Nuevas y Ampliadas para RHCs y FQHCs durante la PHE por COVID-19 — Revisado
- Cambios al Software de Edición de Determinación de Cobertura Nacional (NCD) de Laboratorio para octubre de 2020 — Revisado
- 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 — Revisado

Publicaciones

- Inscripción del Proveedor de Medicare — Revisado
- Consejos de Cumplimiento del Proveedor — Revisado

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 – jueves, 10 de diciembre de 2020

CMS Propone Nuevos Reglamentos para Abordar la Autorización Previa y Reducir Cargas en los Pacientes y Proveedores

El 10 de diciembre, bajo el liderazgo del presidente Trump, CMS emitió un reglamento propuesto que mejoraría el intercambio electrónico de datos del cuidado de la salud entre pagadores, proveedores y pacientes y agilizaría los procesos relacionados con la autorización previa para reducir la carga sobre proveedores y pacientes. Al aumentar el flujo de datos y reducir la carga, este reglamento propuesto daría a los proveedores más tiempo para enfocarse en sus pacientes y brindar una atención de mejor calidad.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): El periodo de comentarios cierra el 4 de enero
- [Comunicado de Prensa Completo](#)
- [Hoja informativa](#)
- [Blog](#)
- Página web del [Reglamento Propuesto de CMS acerca de Interoperabilidad y Acceso del Paciente](#)
- Regístrese para la [sesión de escucha del 16 de diciembre](#)

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

MLN Connects® para el jueves, 17 de diciembre de 2020

Resumen del Reglamento Final de Tarifas Fijas Médicas: Telesalud, Servicios Preventivos y Más

[MLN Connects® para el 17 de diciembre de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- Capacitación Basada en la web de MLN: Completar Capacitación y Guardar Certificados para el 31 de enero
- Programa de Reporte de Calidad de IRF: Repaso de diciembre
- Programa de Reporte de Calidad LTCH: Repaso de diciembre
- COVID-19: Estrés y Resiliencia, Estándares de Cuidado de Crisis
- COVID-19: Lecciones Aprendidas en Hospitales Designados y Estrategias de Manejo de Aumento de Pacientes

Cumplimiento

- Servicios de Telesalud: Fracture Correctamente

Artículos de MLN Matters

- Actualización Anual de Cantidades de Umbral por Beneficiario del 2021
- Actualización de Tarifas Fijas para Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortóticos y Provisiones Médicas DMEPOS del CY 2021
- Resumen de las Políticas en el Año Calendario (CY) 2021 del Reglamento Final de las Tarifas Fijas Médicas de Medicare para Médicos y Profesionales de la Salud (MPFS), Cantidad de Pago de Tarifa de Centro de Origen de Telesalud y Lista de Servicios de Telesalud, Lista de Reducción de Modificadores de CT y Lista de Servicios Preventivos
- Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICD-10) y Otras Revisiones de Codificación a Determinación de Cobertura Nacional (NCDs) — abril de 2021 — Revisado

Publicaciones

- Inscripción al Programa de Tratamiento con Opioides (OTPs) de Medicare — Revisado
- Facturación y Pago del Programa de Tratamiento con Opioides (OTPs) de Medicare — Revisado

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 – viernes, 18 de diciembre de 2020

COVID-19: pagos complementarios por nuevos tratamientos

CMS ha emitido un [Reglamento final provisional con período de comentarios](#), (en inglés) el cual estableció el Nuevo Pago Complementario de Tratamientos por COVID-19 (NCTAP) bajo el Sistema de Pagos Prospectivos para Pacientes Internos de Medicare (IPPS), vigente desde el 2 de noviembre de 2020, hasta el final de la Emergencia de Salud Pública (PHE) por el COVID-19. Para mitigar los posibles desincentivos financieros

para que los hospitales brinden nuevos tratamientos de COVID-19 durante la PHE por COVID-19, el programa de Medicare proporcionará un pago mejorado para casos de pacientes hospitalizados elegibles que involucren el uso de ciertos productos nuevos con la aprobación actual de la Food and Drug Administration (FDA) o el uso de autorización de emergencia para tratar COVID-19. Visite la página web [NCTAP](#) (en inglés) para más información.

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 – viernes, 18 de diciembre de 2020

Monitoreando por la transparencia en precios de hospital

Los requisitos de transparencia de precios de hospital entran en vigencia el 1 de enero de 2021. CMS planifica auditar una muestra de hospitales para verificar el cumplimiento a partir de enero, además de investigar *las quejas presentadas a CMS* (en inglés) y revisar análisis de no cumplimiento, y hospitales que puedan enfrentar sanciones monetarias civiles por incumplimiento.

¿Está su institución preparada para cumplir con los requisitos del *Reglamento final de transparencia de precio de hospital?* (en inglés). Con vigencia del 1 de enero de 2021, cada hospital que opera en los Estados Unidos debe proporcionar información de cargos estándar de acceso público en línea sobre los artículos y servicios que brindan de 2 maneras:

- Archivo completo legible por máquina con todos los elementos y servicios
- Exhibición de 300 servicios de compra en un formato amigable para el consumidor

En el reglamento final, CMS delineó un plan de monitoreo y ejecución para asegurar el cumplimiento de los requisitos. Finalizamos una política que las actividades de monitoreo de CMS pueden incluir, pero no se limitarán a, lo siguiente, según corresponda:

- Evaluación de quejas presentadas por personas o entidades a CMS
- Revisión del análisis de incumplimiento de personas o entidades
- Auditoría de sitios web de hospitales

Si concluimos que un hospital no cumple con uno o más de los requisitos para hacer públicos los cargos estándar, podemos tomar cualquiera de las siguientes acciones, que generalmente, pero no necesariamente, ocurrirán en el siguiente orden:

- Proporcionar un aviso de advertencia por escrito al



- hospital de la(s) infracción(es) en específico.
- Solicitar un plan de acción correctivo (CAP) si el incumplimiento constituye una violación material de uno o más requisitos
- Imponer una sanción monetaria civil que no exceda los \$300 por día y publicar la sanción en un sitio web de CMS si el hospital no responde a nuestra solicitud de presentar un CAP o no cumple con los requisitos de un CAP.

Vea (en inglés) [45 CFR parte 180 Subparte C- Monitoreo y penalidades de No cumplimiento](#).

Visite la página web (en inglés) de [Transparencia de precio de hospital](#) para información adicional y recursos para ayudar a los hospitales prepararse para el cumplimiento, incluyendo (en inglés):

- [Preguntas frecuentes \(FAQs\) \(PDF\)](#)
- [8 pasos para un archivo legible por máquina \(PDF\)](#)
- [10 pasos para una presentación amigable para el consumidor \(PDF\)](#)
- [Listas de verificación de referencia rápida \(PDF\)](#)

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

Actualizaciones a las políticas de pago de Medicare Advantage de enfermería y educación aliada para la salud

La transmisión 10486, con fecha del 19 de noviembre de 2020 está siendo rescindida y reemplazada con la transmisión 10520, con fecha del 14 de diciembre de 2020, para revisar la fecha de implementación del 14 de diciembre de 2020, al 21 de diciembre de 2020. Toda la demás información permanece igual. (En inglés)

<https://www.cms.gov/files/document/r10520otn.pdf>

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

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.

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@fcso.com

AskPuertoRicoA@fcso.com

AskPuertoRicoB@fcso.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

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
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 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)

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

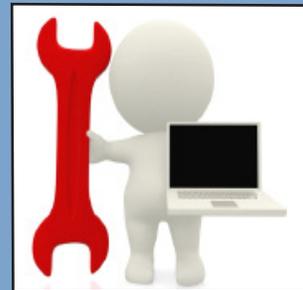
Para más información, o si no tiene acceso a internet, para obtener una copia impresa de una LCD en específico, comuníquese con Asuntos Médicos a:

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

Búsqueda de LCD

First Coast Service Options Inc. proporciona las determinaciones locales de cobertura (LCD), cuando estas existen, para los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare.

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. Haga [clic aquí](#) para buscar las LCD actuales.



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@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

FCOSOPOTHelp@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@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 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@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 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](#)