

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Mayo 2012



Asistentes médicos ahora pueden realizar las certificaciones y recertificaciones requeridas para nivel de cuidado de SNF

Número de *MLN Matters*: MM7701
Número de petición de cambio relacionado: 7701
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R76GI y R155BP
Fecha de implementación: 13 de febrero de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7701 implementa la Sección 3108 del Affordable Care Act. Esta sección añade asistentes médicos a la lista de profesionales de la salud que pueden realizar certificaciones y recertificaciones del nivel de cuidado de centro de enfermería especializada (SNF). Realizar esta función es un requisito de cobertura de Medicare para servicios de SNF bajo la Parte A. Efectivo para servicios provistos a partir del 1 de enero de 2011, asistentes médicos pueden realizar la certificación inicial requerida y recertificaciones periódicas para la necesidad de un beneficiario de un nivel de cuidado de un SNF.

Nota: Los contratistas reabrirán y reprocesarán cualquier reclamación traída a su atención por servicios de SNF de Parte A que fueron denegados por error (antes de esta actualización) debido a que un asistente médico

En esta edición

Nuevo código de vacuna de influenza.....	6
Certificación de salud en el hogar	8
Política de pago condicional de Medicare	11
Códigos de taxonomía.....	11
Código de administración G0010 hepatitis B	15
Servicios hospitalarios de diálisis	17
Servicios de anestesiología.....	19
Códigos de especialidad del médico y medicina del deporte	29
Manejando reclamaciones mal dirigidas	31

completó la certificación o recertificación del nivel de cuidado de SNF. Sin embargo, los contratistas no buscarán en el historial de reclamaciones para identificar estas reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7701.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7701, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R76GI.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R155BP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 76, CR 7701
CMS Pub. 100-02, Transmittal 155, CR 7701

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3
Actualización trimestral para proveedores	4
Partes A y B	
Reporte de recuperación de sobrepago en el ERA	5
Devolución de reclamaciones.....	6
Nuevo código de vacuna de influenza.....	6
Instrucciones adicionales relacionadas al CR 7633.....	7
Certificación de salud en el hogar	8
Tratamiento de heridas de presión negativa	9
Diferencia entre los tipos de proveedores NPI y PTAN	9
Actualización de tarifa fija de DMEPOS	10
Política de pago condicional de Medicare.....	11
Códigos de taxonomía.....	11
Limitación financiera para servicios de terapia ambulatoria.....	12
Actualización de julio de código HCPCS.....	13
Recursos Educativos	
Próximos eventos educativos.....	14
Parte A	
Modificación revisada para código de administración G0010 para hepatitis B	15
Identificadores del médico que certifica en el centro paliativo	15
Actualización del programa de licitación competitiva DMEPOS	16
NUBC aprueba nuevo código de ocurrencia para reportar fecha de muerte	16
Facturar servicios por complicaciones de donante de órganos	17
Servicios hospitalarios de diálisis	17
Programa de incentivo de calidad de ESRD para hospitales de niños	18
Servicios de anestesiología	19
Validación sistemática de pago de código de grupo	19
Nueva política de verificación para pagos de OPPS	20
Especificaciones de la versión 13.2	21
Actualización sobre la puesta en sistema de tarifa fija de laboratorio clínico	21
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	22
Determinaciones Locales de Cobertura	
Tabla de contenido LCD Parte A.....	25
Ordenar materiales de Parte A	27
Contactos Parte A de Puerto Rico	28
Parte B	
Nuevos códigos de especialidad del médico y medicina del deporte	29
Cambios de codificación a procedimiento de diagnóstico de ultrasonido	30
Manejando reclamaciones mal dirigidas	31
Gráficos	
Datos de procesamiento de reclamación	32
Ordenar materiales de Parte B	35
Contactos Parte B de Puerto Rico	36

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 5
Mayo de 2012

Publications staff

Kathleen Cruz
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT codes, descriptors, and other data only are copyright© 2011 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

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

Third-party websites:
This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. FCSO 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.

Sobre Esta Publicación

Medicare A y B Al Día es una publicación desarrollada por First Coast Service Options Inc. (FCSO) para proveedores en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

El equipo de publicaciones de Asistencia y Educación al Proveedor distribuye *Medicare A y B Al Día* mensualmente.

Las notificaciones importantes que requieren comunicación entre publicaciones serán publicadas en el sitio Web de educación al proveedor de Medicare de FCSO en <http://medicareespanol.fcso.com>. En algunos casos, algunos asuntos especiales adicionales que no fueron programados pueden ser publicados.

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

Cualquiera puede ver, imprimir, o descargar *Medicare A y B Al Día* de nuestro sitio Web. Los proveedores que no puedan obtener *Medicare A y B Al Día* por Internet tienen que inscribirse con nosotros para recibir una copia impresa de cortesía.

La distribución de *Medicare A y B Al Día* en copia impresa está limitada a una copia por institución de salud, proveedores independientes, o grupos de asociaciones profesionales (PA) que han facturado al menos una reclamación de Parte A o B a Medicare para su procesamiento durante los últimos 12 meses antes de la publicación de esta edición. Los proveedores que cumplan con estos criterios son elegibles para recibir una copia de cortesía de esa edición, si una barrera técnica existe que los previene de obtenerla de la Internet y ellos nos han devuelto el formulario completo de inscripción. Los formularios de inscripción deben ser enviados anualmente o cuando se experimente un cambio de circunstancias que impacta el acceso electrónico.

Para copias adicionales, los proveedores pueden comprar una suscripción por separada anual en copia impresa (vea el formulario de orden al reverso de esta edición). Todas las ediciones publicadas en inglés desde 1997 pueden ser descargadas de la Internet libre de cargos.

Usamos la misma dirección de correo para toda la correspondencia, y no podemos designar que *Medicare A y B Al Día* sea enviada a una persona/

departamento específico dentro de la oficina de un proveedor. Para asegurar el recibimiento continuo de toda la correspondencia de Medicare, los proveedores deben mantener sus direcciones actuales con el departamento de Inscripción del Proveedor de Medicare. Recuerde que los cambios de dirección deben ser hechos usando el formulario CMS-855 apropiado.

¿Qué se encuentra en esta publicación?

Medicare A y B Al Día está dividida en secciones que informan sobre pautas generales y de cobertura, información específica para centros de salud, y categorías de especialidades:

La primera parte de esta publicación consiste en secciones de información administrativa y general, pautas de procesamiento, asuntos de facturación, y pautas de cobertura de Medicare aplicable a todos los proveedores de Medicare de Parte A y B.

Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocado en proveedores de Parte A y centros de salud incluido en secciones individuales.

Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocada en proveedores de Parte B y centros de salud incluida en secciones individuales.

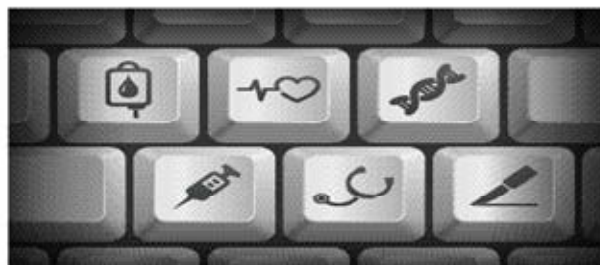
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

La sección de recursos educacionales incluye eventos y materiales educativos, tales como webcasts, seminarios, y formularios reproducibles.

Direcciones y números de teléfono importantes están al final de cada edición.

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

Los artículos incluidos en cada *Medicare A y B Al Día* representan aviso formal que pólizas de cobertura específica han o tomaran efecto en la fecha indicada. Se espera que los proveedores lean, entiendan, y se rijan por las pólizas descritas en este documento para asegurar el cumplimiento con la cobertura de Medicare y pautas de pago.



Actualización trimestral para proveedores

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publican la actualización trimestral de proveedores (QPU) al principio de cada semestre, con la finalidad de informar al público acerca de:

- Reglamentaciones y cambios de importancia en procedimientos que estén en proceso de desarrollo durante este trimestre
- Regulaciones y cambios de importancia que se hayan completado o cancelado
- Manuales de instrucciones nuevos/modificados.

Los reglamentos de CMS establecen o modifican la manera en que CMS administra el programa de Medicare. Estos reglamentos afectan tanto a proveedores como a suplidores que prestan servicios a los beneficiarios de Medicare.

Los proveedores pueden acceder a QPU en el sitio Web de CMS:

<http://www.cms.gov/QuarterlyProviderUpdates/>.

Los proveedores pueden suscribirse a la lista del correo electrónico de CMS-QPU para asegurarse de recibir a tiempo las notificaciones de todas las adiciones que se hagan a QPU. ❖

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

First Coast Service Options (FCSO) Inc. se enorgullece de su exclusiva hoja de cálculo interactiva de E/M, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/EM/169608.asp>. Este recurso fue desarrollado para ayudar a los proveedores a identificar el código apropiado a facturar para los servicios de evaluación y manejo (E/M) realizados durante una visita específica del paciente. Este recurso interactivo es ideal para usarlo como una hoja de cotejo por los médicos o como una herramienta de evaluación de calidad por los auditores, especialistas de facturación, y codificadores. Luego de que usted haya tratado la hoja de cálculo interactiva de E/M, envíenos sus comentarios sobre este recurso por medio de nuestro formulario de comentarios del sitio web, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/Comentarios/161119.asp>.

5010

Reporte de recuperación de sobrepago en el ERA con control de número del paciente

Número de *MLN Matters*: MM7499 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7499

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de mayo de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1088OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2012 para reclamaciones profesionales facturadas a aseguradoras o MAC de Parte B; 2 de abril de 2012 para reclamaciones institucionales facturadas a intermediarios fiscales o MAC de Parte A; 1 de octubre de 2012 para reclamaciones de suplidores presentadas a MAC de DME

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio 7499, la cual instruye a los mantenedores de sistemas a reemplazar el número de reclamación de Medicare (HIC) enviado en el ASC X12 Transacción 835 con el número de control de paciente recibido en la reclamación original, cuando las remesas electrónicas de pago (ERA) estén reportando la recuperación de un sobrepago.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) generan el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) - notificación de remesas condescendiente que incluye suficiente información a los proveedores para que la intervención manual no sea necesaria regularmente.

CMS ha determinado que al proveer el número de control del paciente recibido en la reclamación original en vez del número de reclamación de Medicare (HIC), esto podría:

- Mejorar la habilidad de automatizar la publicación de pagos, y
- Reducir la necesidad de comunicación adicional (a través de llamadas telefónicas, etc.) lo cual subsecuentemente reduciría los costos tanto para los proveedores como para Medicare.

El ERA continuará reportando el número HIC si el número de control de paciente no está disponible.

Nota: Estas instrucciones aplican solamente a la versión 005010A1 de ASC X12 Transacción 835 y no aplican a la remesa de pago en papel o la versión 004010A1 de ASC X12 Transacción 835.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7499.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7499, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1088OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1088, CR 7499

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



Facturación

Devolución de reclamaciones cuando hay un desacuerdo entre el nombre y el HICN

Número de *MLN Matters*: MM7260
 Número de petición de cambio relacionado: 7260
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2449CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Si los sistemas de Medicare rechazan una reclamación debido a que el nombre del beneficiario no concuerda con el número de la reclamación del seguro de salud (HICN), la reclamación será regresada como que no se puede procesar, con la información de identificación del beneficiario de la reclamación enviada como sigue:

- Reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP)
- Reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar de Parte B con el código de denegación 140 (paciente/número de identificación de salud del asegurado y nombre no concuerdan)

Cuando la reclamación es devuelta como que no se puede procesar, los códigos de remesa de

pago MA130 y MA61 son indicados. Usted recibirá la información de nombre del beneficiario que fue originalmente enviada cuando la reclamación es devuelta, en vez de los datos del beneficiario asociados con el HICN que fue ingresado potencialmente incorrecto. Previamente, Medicare devolvió el nombre del beneficiario que está asociado con ese HICN dentro de sus archivos.

Si un ajuste de reclamación es recibido donde el nombre del beneficiario no concuerda con el HICN enviado, la reclamación será suspendida y, después de revisión, será corregida, desarrollada, o el ajuste eliminado, como sea apropiado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7260.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7260, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2449CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2449, CR 7260

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

Nuevo código de vacuna del virus de influenza

Número de *MLN Matters*: MM7794
 Número de petición de cambio relacionado: 7794
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2446CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2012, Medicare pagará por el código de vacuna del virus de influenza Q2034. La petición de cambio (CR) 7794 provee instrucciones para el pago del código de la vacuna del virus de influenza Q2034 para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2012, procesadas a partir del 1 de octubre de 2012. Las cantidades de coaseguro y deducibles anuales de la Parte B no aplican.

Los contratistas pagarán por el código de vacuna de influenza Q2034 **basado en costo razonable** a:

- Hospitales utilizando tipo de facturación (TOB) 12x y 13x
- Centros de enfermería especializada (SNF) utilizando TOB 22x y 23x
- Agencias de salud en el hogar (HHA) utilizando TOB 34x



(Continúa en la página siguiente)

Nuevo... (continuación)

- Centros hospitalarios de diálisis renal (RDF) utilizando TOB 72x
- Hospitales de acceso crítico (CAH) utilizando TOB 85x

Los contratistas pagarán por el código de vacuna de influenza Q2034 **basado en el menor del cargo actual o 95 por ciento del promedio de precio de venta al por mayor (AWP)** a:

- Hospitales de servicios de salud indio (IHS) utilizando TOB 12x y 13x
- IHS CAH utilizando TOB 85x
- Centros de rehabilitación ambulatorio comprensivos (CORF) utilizando TOB 75x
- Centros de diálisis renal independientes (RDF) utilizando TOB 72x

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7794.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7794, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R246CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2446, CR 7794

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

Cobertura y Reembolso

Instrucciones adicionales relacionadas al CR 7633: Intervenciones de detección y comportamiento en la atención médica primaria para reducir el abuso del alcohol

Número de *MLN Matters*: MM7791

Número de petición de cambio relacionado: 7791

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2454CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7791 provee instrucciones adicionales para los contratistas en aquellas situaciones en las cuales un proveedor ha enviado una reclamación para G0443 (brief face-to-face behavioral counseling for alcohol misuse, 15 minutes), y no existen reclamaciones para G0442 (annual alcohol misuse screening, 15 minutes) en el historial de reclamaciones del proveedor dentro de un periodo anterior de 12 meses. También requiere que los contratistas denieguen tales reclamaciones y para incluir los siguientes mensajes en las denegaciones:

- Código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) B15: Este servicio/procedimiento requiere que un servicio/procedimiento calificado sea recibido y cubierto. El otro servicio/procedimiento calificado no ha sido recibido/adjudicado.
- Código de comentario de remesa de pago (RARC) M16: Alerta: Favor de ver nuestro sitio Web, correspondencia, o boletines para más detalles concerniente a esta política/procedimiento/decisión.
- Código de grupo PR (responsabilidad del paciente) asignando responsabilidad financiera al beneficiario, si una reclamación es recibida con un modificador indicando que una notificación anticipada al beneficiario (ABN) está en archivo.
- Código de grupo CO (obligación contractual) asignando responsabilidad financiera al proveedor, si una reclamación es recibida sin un modificador indicando que no ABN firmado está en archivo.

Medicare pagará solamente hasta cuatro servicios G0443 dentro de un periodo de 12 meses. Las reclamaciones para G0443 que exceden ese límite de cuatro sesiones en un periodo de 12 meses serán rechazadas.

(Continúa en la página siguiente)

Instrucciones... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7791.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7791, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2454CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2454, CR 7791

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

Guía de médicos para certificación de salud en el hogar de Medicare, incluyendo el encuentro cara a cara

Número de *MLN Matters*: SE1219

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial esboza los requerimientos para los médicos que refieren pacientes a salud en el hogar, ordenan servicios de salud en el hogar, y/o certifica la elegibilidad de pacientes para el beneficio de salud en el hogar de Medicare. Dentro del artículo, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) especifica los criterios para cada uno de los siguientes requisitos:

1. Requisitos que deben cumplirse para que un paciente cualifique para el beneficio de salud en el hogar de Medicare
2. Requisitos de certificación de médico de salud en el hogar
3. Plazo para completar la certificación
4. Requisitos del contenido de certificación
5. Requisitos del encuentro cara a cara
6. Requisitos de documentación cara a cara
7. Quien puede efectuar el encuentro cara a cara
8. Recertificaciones



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1219.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1219

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

Pautas interpretativas de tratamiento de heridas de presión negativa

Número de *MLN Matters*: SE1222

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo está diseñado para proveer educación sobre las pautas aprobadas de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) que organizaciones acreditadoras pueden utilizar para acreditar suplidores que proveen equipo de tratamiento de heridas de presión negativa (NPWT) para beneficiarios de Medicare. La misma incluye una lista de determinaciones de cobertura local y estándares relevantes para ayudar a suplidores de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) a cumplir con los estándares y pautas para equipo de NPWT.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1222.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1222

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

Inscripción del Proveedor

Examinando la diferencia entre los tipos de proveedores NPI y PTAN

Número de *MLN Matters*: SE1216

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los proveedores y suplidores recibiendo peticiones para revalidar su información de inscripción han preguntado a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para clarificar las diferencias entre el identificador nacional del proveedor (NPI) y un número de acceso de transacción del proveedor (PTAN).

Todos los proveedores y suplidores que proveen servicios y facturan Medicare por servicios provistos a beneficiarios de Medicare deben tener un NPI. Al momento de solicitar a un contratista de Medicare, al proveedor o suplidor también se le emitirá un PTAN. Mientras solamente el NPI puede ser sometido en reclamaciones, el PTAN es un número crítico directamente conectado al NPI del proveedor o suplidor.

Si el proveedor tiene relaciones con uno o más grupos médicos o consultorios o múltiples contratistas de Medicare, generalmente se asignan los PTAN separados. Juntos, el NPI y PTAN identifican al proveedor, o suplidor en el programa de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1216.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1216

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

Tarifa Fija

Actualización trimestral de julio para la tarifa fija de DMEPOS 2012

Número de *MLN Matters*: MM7822

Número de petición de cambio relacionado: 7822

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de mayo de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2467CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha actualizado las cantidades de pago de tarifa fija del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS). Los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) L6715 y L6880 fueron añadidos al archivo HCPCS efectivo el 1 de enero de 2012. Las reclamaciones para los códigos L6715 y L6880 con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, que fueron previamente procesadas, serán ajustadas para reflejar las nuevas tarifas establecidas si usted trae esas reclamaciones a la atención de su contratista.

Según la petición de cambio (CR) 7679, la jurisdicción para presentar las reclamaciones para los siguientes códigos HCPCS esta cambiada de DME MAC al contratista local conjunto y jurisdicción DME MAC, efectivo el 1 de enero de 2012:

- L8511 – inserto de prótesis traqueoesofágica, con o sin válvula, reemplazo solamente
- L8512 – cápsulas de gelatina o equivalente, para uso con la prótesis de voz traqueoesofágica, reemplazo solamente, por cada 10
- L8513 – dispositivo de limpieza utilizado con la prótesis de voz traqueoesofágica, pipeta, cepillo, o similar, reemplazo solamente, cada uno
- L8514 – dilatador de pinchazo traqueoesofágica, reemplazo solamente, cada uno
- L8515 – cápsula de gelatina, dispositivo de aplicación para uso con la prótesis de voz traqueoesofágica, cada uno

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7822.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7822, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2467CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2467, CR 7822

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

Información General

Clarificación de la política de pago condicional de Medicare y procedimientos de facturación para reclamaciones de responsabilidad pública, cobertura mínima, e indemnización de los trabajadores de MSP

Número de *MLN Matters*: MM7355 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7355
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de mayo de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012 para reclamaciones profesionales y reclamaciones del suplidor de DME; 1 de enero de 2013 para reclamaciones institucionales
Número de transmisión de CR relacionado: R86MSP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013 para reclamaciones del suplidor de DME y reclamaciones profesionales; 7 de enero de 2013 para reclamaciones institucionales

Resumen

Petición de cambio (CR) 7355 esboza lo siguiente:

- Clarifica los procedimientos a seguir cuando presenten el seguro de responsabilidad pública (incluyendo autoseguro), seguro de cobertura mínima, y reclamaciones de indemnización de los trabajadores (WC) cuando el asegurador/contratista de Medicare no hace un pronto pago o

no se puede esperar razonablemente que haga el pronto;

- Define las reglas del pronto pago; y
- Provee instrucciones sobre cómo presentar el seguro de responsabilidad pública (incluyendo autoseguro), seguro de cobertura mínima, y reclamaciones de WC a contratistas de Medicare cuando soliciten pagos condicionales de Medicare sobre estos tipos de reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7355.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7355, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R86MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 86, CR 7355

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

Actualizaciones de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud efectivo el 1 de julio de 2012

Efectivo el 1 de julio de 2012, el conjunto de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC), el cual permite a los proveedores indicar su especialidad, será actualizado. El National Uniform Claim Committee (NUCC) actualiza el conjunto de códigos dos veces al año con cambios efectivo el 1 de abril y 1 de octubre. La última versión del conjunto de HPTC está disponible desde el sitio web de Washington Publishing Company en: www.wpc-edi.com/codes/taxonomy. Si un HPTC inválido es reportado a Medicare, la eliminación de un lote y/o nivel de reclamación (rechazo) puede ocurrir. Para asegurar que usted no reciba un rechazo a una reclamación o nivel de archivo, es recomendado que usted verifique que el HPTC es válido (i.e., incluido en el conjunto HPTC más reciente) antes de presentarlo. Si usted requiere asistencia para actualizar el conjunto de código de taxonomía en su sistema de administración de consultorio, por favor contacte su vendedor de apoyo del software.

Información adicional

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7742, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2416CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2416, CR 7742

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

Revisiones de la limitación financiera para servicios de terapia ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM7785

Número de petición de cambio relacionado: 7785

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2457CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7785 extiende el proceso de excepciones de límite de terapia hasta el 31 de diciembre de 2012; añade servicios de terapia provistos en un ambiente de hospital ambulatorio distinto a hospitales de acceso crítico (CAH) al límite de terapia efectivo el 1 de octubre de 2012; requiere el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico que está certificando el plan de cuidado de terapia en la reclamación; y maneja nuevos límites para la revisión médica mandataria.

Límites de terapia

Las cantidades de límites de terapia para 2012 son \$1880 para servicios de terapia ocupacional, y \$1880 para los servicios combinados de terapia física y patología del habla. Los suplidores y proveedores continuarán utilizando el modificador KX para solicitar una excepción a los límites de terapia en las reclamaciones que están sobre estas cantidades. Para servicios provistos a partir del 1 de octubre de 2012, y antes del 1 de enero de 2013, habrá dos nuevos límites de servicios de terapias de \$3700 por año:

1. Uno para servicios de terapia ocupacional (OT), y
2. Uno para servicios de terapia física (PT) y servicios de patología del habla (SLP) combinados.

Reportando el NPI

Para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2012, los siguientes requisitos aplican para reportar el NPI:

- Los proveedores deben reportar el NPI del médico/profesional de la salud (NPP) que certifica el plan de cuidado de terapia en el campo "Attending Physician" en reclamaciones institucionales para servicios de terapia ambulatoria.
- En casos donde diferentes médicos/NPP certifican el plan de cuidado de la terapia ocupacional (OT), terapia física (PT), o patología del habla (SLP), reporte el NPI adicional en el campo "Referring Physician" (loop 2310F) en reclamaciones institucionales para servicios de terapia ambulatorios.
- En reclamaciones profesionales, los proveedores tienen que reportar el médico/NPP que está certificando el plan de cuidado de la terapia, incluyendo su NPI, para servicios de terapia ambulatorio.
- Para propósitos de procesamiento de reclamaciones, el médico/NPP que certifica es considerado un proveedor que refiere y tales proveedores deben seguir las instrucciones en el Capítulo 15, Sección 220.1.1 del *Medicare Benefit Policy Manual* (<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c15.pdf>) para reportar el proveedor que refiere en una reclamación.
- En reclamaciones profesionales electrónicas, reporte el proveedor que refiere, incluyendo el NPI, según las instrucciones en el adecuado ASC X12 837 informe técnico 3 (TR3).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7785.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7785, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2457CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2457, CR 7785

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

Actualización de julio de 2012 – cambios trimestrales de código HCPCS medicamento/producto biológico

Número de *MLN Matters*: MM7831

Número de petición de cambio relacionado: 7831

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2450CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7831 anuncia la actualización trimestral de códigos específicos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2012.

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2012, los siguientes códigos HCPCS ya no serán pagables por Medicare:

- J1680
- J9001

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2012, los siguientes códigos HCPCS serán pagables por Medicare:

- Q2034
- Q2045
- Q2046
- Q2047
- Q2048
- Q2049

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7831.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7831, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2450CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2450, CR 7831

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



Calcule las posibilidades ...

Ya sea que esté estimando la cantidad de un pago de Medicare, la duración del periodo de coordinación de una ESRD o la fecha límite para enviar una solicitud de apelación o contestar a una petición de desarrollo adicional, pruebe la manera fácil de calcular las posibilidades. Encuentre todo lo que necesita para “hacerlo usted mismo” en nuestro nuevo centro de herramientas, visite <http://medicareespanol.fcso.com/Header/233400.asp>

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Junio de 2012

Clase sobre PECOS basado en la Internet

Cuando: 19 de junio de 2012

Hora: 8:00 a.m.-12:00p.m. ET

Tipo: cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Julio de 2012

Medicare Parte A Cambios y regulaciones de Medicare

Cuando: 10 de julio de 2012

Hora: 11:30 a.m.-1:00 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

Medicare Parte B Cambios y regulaciones de Medicare

Cuando: 11 de julio de 2012

Hora: 11:30 a.m.-1:00 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

Clase sobre PECOS basado en la Internet

Cuando: 17 de julio de 2012

Hora: 8:00 a.m.-12:00 p.m. ET

Tipo: cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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

Facturación

Modificación revisada para el código de administración G0010 para hepatitis B

Número de *MLN Matters*: MM7692 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7692
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R2438CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7692 la cual le informa a los contratistas de Medicare que efectivo para reclamaciones procesadas con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, los proveedores del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) deben reportar el código G0010 para la administración de la vacuna contra hepatitis B en lugar de 90471 o 90472 para asegurar la exención correcta de

coaseguro y deducible para la administración de la vacuna contra hepatitis B. Si las reclamaciones que contienen este código fueron procesadas incorrectamente antes de la implementación de CR 7692, usted debe traerlas a la atención de su contratista a partir del 2 de julio de 2012, para ajuste.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7692.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7692, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2438CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2438, CR 7692

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

Asegurando que los identificadores del médico que certifica en el centro paliativo son completamente procesados

Número de *MLN Matters*: MM7755
Número de petición de cambio relacionado: 7755
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2448CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7755 informa a los contratistas de Medicare sobre los requisitos para los proveedores de servicios paliativos para codificar el identificador nacional del proveedor (NPI) y el nombre del médico del centro paliativo responsable de certificar que el paciente es enfermo terminal.

Las agencias de centros paliativos son exigidas que reporten el médico que certificó la enfermedad terminal del paciente en el centro paliativo en la reclamación cuando el médico que certifica difiere del médico que atiende. El médico que certifica es

reportado en la reclamación UB-04 en el campo "Other Physician". Con la implementación del formato de reclamación electrónica 837I versión 5010A2, el campo para "other physician" es mapeado a tres posibles médicos de campos identificables. Las agencias de centros paliativos que reportan al médico que certifica la enfermedad terminal utilizando el formato de reclamación electrónica 837I versión 5010A2 deben reportar esta información en el 2310F loop de esa reclamación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7755.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7755, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2448CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2448, CR 7755

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

Actualización trimestral de octubre 2012 del programa de licitación competitiva DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM7768
 Número de petición de cambio relacionado: 7768
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2470CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7768 provee la actualización trimestral de octubre 2012 del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS). La misma provee instrucciones específicas para implementar actualizaciones al programa de licitación competitiva (CBP) de la nueva licitación de la ronda uno de DMEPOS Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), código ZIP, y archivos de cantidades de pagos simples.

La ronda uno de la nueva licitación de CBP fue implementada el 1 de enero de 2011, en áreas de licitación competitivas (CBA) definidas por códigos ZIP dentro de nueve de las áreas estadísticas metropolitanas (MSA) más grandes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7768.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7768, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2470CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2470, CR 7768

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

NUBC aprueba nuevo código de ocurrencia para reportar la fecha de muerte

Número de *MLN Matters*: MM7792
 Número de petición de cambio relacionado: 7792
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R1079OTN
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

El National Uniform Billing Committee (NUBC) ha aprobado el código de ocurrencia 55 para reportar la fecha de muerte. Efectivo el 1 de octubre de 2012, los sistemas de Medicare aceptarán y procesarán el nuevo código de ocurrencia (55) para reportar la fecha de muerte.

El código de ocurrencia 55 y la fecha de muerte deben estar presente cuando el código de dada de alta del paciente 20 (expirado), 40 (expirado en casa), 41 (expirado en un centro médico), o 42 (expirado – lugar desconocido) está presente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7792.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7792, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1079OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1079, CR 7792

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

Instrucciones para facturar los servicios por complicaciones de donante de órganos en las reclamaciones 837I

Número de *MLN Matters*: MM7816

Número de petición de cambio relacionado: 7816

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1083OTN

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7816 instruye a los proveedores a utilizar un ajuste provisional para habilitar el pago de las reclamaciones para las complicaciones de donante de órgano. Tradicionalmente para las reclamaciones de Medicare, el paciente siempre es el beneficiario; por lo tanto, la relación del paciente siempre ha sido un encuentro de uno a uno. Sin embargo, la política de Medicare ha cambiado, y Medicare ahora realizará un pago por separado para la complicación de los servicios prestados a una persona que donó un órgano a un beneficiario de Medicare. Para permitir que las reclamaciones 837I de complicaciones de donante de órgano sean aceptadas por los sistemas de Medicare, una solución provisional ha sido desarrollada hasta que se pueda encontrar una solución permanente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7816.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7816, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1083OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1083, CR 7816

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

ESRD

Servicios hospitalarios de diálisis para pacientes con y sin enfermedad renal en estado terminal



Número de *MLN Matters*: MM7762

Número de petición de cambio relacionado: 7762

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2455CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7762 le informa a los hospitales cómo facturar correctamente por servicios de diálisis intensivo prestados a pacientes hospitalizados con enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Este artículo también clarifica cómo los hospitales deben reportar diálisis para pacientes ambulatorios que no

tienen ESRD pero que necesitan tratamiento de hemodiálisis.

Efectivo para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2012, las reclamaciones que son para un tipo de facturación (TOB) distinta a 13x (hospital para pacientes ambulatorios) o 85x (hospital de acceso crítico) serán devueltas para corrección si HCPCS G0257 es reportado en la reclamación.

Current Procedural Terminology® (CPT) 90935 (*Hemodialysis procedure with single physician evaluation*) puede ser reportado y pagado solo si una de las dos condiciones a continuación se cumple:

- El paciente es un paciente hospitalizado con o sin ESRD y no está cubierto por la Parte A pero tiene cobertura de la Parte B. El cargo por hemodiálisis es un cargo para el uso de un dispositivo de prótesis. El

(Continúa en la página siguiente)

Servicios... (Continuación)

servicio debe ser reportado en un TOB 12x o 85x.

- Un paciente ambulatorio que no tiene ESRD y está recibiendo hemodiálisis en el departamento ambulatorio del hospital. El servicio es reportado en un TOB 13x o 85x.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7762.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7762, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2455CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2455, CR 7762

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

Procesamiento del programa de incentivo de calidad de ESRD para hospitales de niños

Número de *MLN Matters*: MM7798

Número de petición de cambio relacionado: 7798

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1077OTN

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Los sistemas de Medicare ya no tendrán el campo "Quality Indicator" predeterminado en el archivo específico del proveedor ambulatorio (OPSF) para dejar en blanco cada año para hospitales de niños (series XX3300-XX3399). Los contratistas de Medicare se asegurarán de que un espacio en blanco sea enviado al Pricer de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) para el indicador de calidad, campo 74, para hospitales de niños. Los contratistas de Medicare no aplicarán una reducción del programa de incentivo de calidad (QIP) basado en el indicador de calidad de OPSF al pago del sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD para hospitales de niños para los servicios facturables separados bajo el pago transicional de PPS ESRD.

En adición, los hospitales de niños pueden haber recibido ajustes de emigración incorrectos en sus reclamaciones de ESRD debido al hecho de que el indicador de "Special Payment" y los campos de "Special Wage Index" (campos 90 y 96 en el OPSF) son compartidos con los centros de ESRD y hospitales ambulatorios. Los contratistas de Medicare se asegurarán de que un espacio en blanco sea enviado al Pricer ESRD para estos campos para hospitales de niños para fechas de servicio comenzando el 1 de enero de 2011, y más allá.

Los contratistas de Medicare automáticamente ajustarán cualquier tipo de facturación (TOB) 72x de reclamaciones de ESRD, para hospitales de niños que fueron procesados con fechas de servicio en 2012 que recibieron reducciones incorrectas de QIP. Ellos también ajustarán automáticamente cualquier reclamación para fechas de servicio comenzando el 1 de enero de 2011, y más allá de haber sido procesadas con ajustes de emigración incorrectos.

Los contratistas de Medicare completarán estos ajustes dentro de 60 días sobre la implementación exitosa de CR 7798 (o para el 1 de diciembre de 2012).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7798.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7798, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1077OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1077, CR 7798

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

Hospital

Servicios de anestesiología con un modificador GC en un hospital de acceso crítico método II

Número de *MLN Matters*: MM7764
Número de petición de cambio relacionado: 7764
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
Número de transmisión de CR relacionado: R2452CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7764 implementa una metodología de pago revisada para las reclamaciones de anestesiología enviadas con el modificador GC (resident /teaching physician service) para los proveedores de hospitales de acceso crítico (CAH) método II.

Los médicos que enseñan reportan el modificador GC para indicar que han prestado el servicio en conformidad con los requisitos del médico que enseña descrito en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12, Sección 100.1.2. Uno de los modificadores de pago debe ser usado en conjunción con el modificador GC. El anestesiólogo que enseña debe usar el modificador AA (anesthesia services performed by the anesthesiologist) con el modificador GC para reportar tales casos.

Para que aplique la regla especial de pago para los anestesiólogos que enseñan, los anestesiólogos que enseñan (o anestesiólogos diferentes en el mismo grupo médico) debe estar presente durante todas las porciones críticas o clave del servicio de anestesia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7764.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7764, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2452CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2452, CR 7764

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

Pagos Prospectivos

Validación sistemática de pago de código de grupo para sistemas de pago prospectivo basado en evaluaciones de pacientes

Número de *MLN Matters*: MM7760
Número de petición de cambio relacionado: 7760
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2458CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7760 instruye a los contratistas de Medicare a implementar cambios requeridos para crear una interfaz entre el sistema compartido intermediario fiscal (FISS) y el sistema de evaluación de mejora de calidad (QIES). Actualmente, el FISS no tiene acceso a las bases de datos de las evaluaciones. Esta inhabilidad para validar el(los) código(s) del sistema de pago prospectivo de seguro de salud (HIPPS) presentado contra la evaluación asociada crea una vulnerabilidad de pago significativa para el programa de Medicare.



(Continúa en la página siguiente)

Servicios... (Continuación)

FISS suspenderá las reclamaciones con códigos de HIPPS para poder obtener la información de la evaluación correspondiente en QIES. Para reclamaciones del centro de rehabilitación hospitalario (IRF), Medicare suspenderá los tipos de facturación (TOB) 111 y 117 con los números de certificación (CCN) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en el intervalo de XX3025-XX3099, XXTXXX, o XRXRXX con un código de estado de paciente no igual a 30 y una fecha de “hasta” declarando cobertura a partir del 1 de octubre de 2012. (Cambios de sistema también serán hechos para manejar la salud del hogar, centro de enfermería especializado, y reclamaciones por camas de uso múltiple para el 1 de octubre de 2012, pero esas modificaciones serán activadas en una fecha futura.)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7760.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7760, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2458CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2458, CR 7760

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

Nueva política de verificación para pagos de OPPS que exceden cargos facturados en tipos de facturación: 12x, 13x y 14x

Número de *MLN Matters*: MM7771

Número de petición de cambio relacionado: 7771

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de mayo de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2463CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7771 informa a los contratistas de Medicare sobre cambios a las modificaciones del sistema compartido intermediario fiscal (FISS) para reclamaciones de sistemas de pagos prospectivos de pacientes externos (OPPS).

La oficina del inspector general (OIG) del U.S. Department of Health and Human Services (HHS), recientemente emitió varios reportes de auditoría final sobre la “Revisión de pagos de Medicare que exceden los cargos por servicios ambulatorios procesados” a varios contratistas administrativos de Medicare (MAC). Los resultados de la auditoría en estos informes incluyen:

- Proveedores reportando unidades de servicio incorrectas y/o códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) incorrectos, o
- Uso de códigos HCPCS que no reflejan los procedimientos realizados.

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

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha implementado una nueva política de verificación para manejar situaciones en las cuales el pago del sistema de pago prospectivo para pacientes externos (OPPS) es mayor que los cargos facturados para tipos de facturación: 12x, 13x y 14x.

Reclamaciones recibiendo la modificación de verificación para desarrollo será suspendido y los proveedores serán contactados para resolver errores de facturación. Si el contratista determina que el reembolso es excesivo y se requieren correcciones a las reclamaciones, el contratista devolverá la reclamación al proveedor. Si el contratista determina que la facturación es correcta y el reembolso no es excesivo, el contratista anulará la modificación y continuará procesando la reclamación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7771.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7771, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2463CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2463, CR 7771

Especificaciones de la versión 13.2 del editor de código de paciente externo integrado de julio 2012

Número de *MLN Matters*: MM7841
Número de petición de cambio relacionado: 7841
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de mayo de 2012
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012 (a menos que se indique lo contrario)
Número de transmisión de CR relacionado: R2468CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

El editor de código de pacientes externos (I/OCE) integrado está siendo actualizado para el 1 de julio de 2012 para:

- Departamentos de pacientes externos de hospital
- Centros de salud mental de la comunidad
- Todos los proveedores no OPSS
- Servicios limitados cuando son provistos en una agencia de salud en el hogar que no está bajo el sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HHPPS) o para cuidados paliativos del paciente

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

Información General

Actualización sobre la puesta en sistema de la tarifa fija de laboratorio clínico para incluir la estructura de pago de la localidad de Kansas

Número de *MLN Matters*: MM7815
Número de petición de cambio relacionado: 7815
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R1082OTN
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) descubrieron que existe una inconsistencia en los índices de pago para las reclamaciones para los servicios de tarifa fija de laboratorio clínico que fueron enviadas en la localidad del Este de Kansas. En esta inconsistencia, los proveedores están siendo pagados solamente un índice de Kansas en vez del otro índice para la localidad del Oeste de Kansas y otro para la localidad del Este de Kansas.

para tratamiento de una enfermedad no terminal

La lista completa de especificaciones de I/OCE puede ahora ser encontrada en <http://www.cms.gov/Medicare/Coding/OutpatientCodeEdit/index.html>. En adición, cambios numerosos a la clasificación de pago ambulatorio (APC), Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y códigos de *Current Procedural Terminology (CPT)*, efectivo con el I/OCE de julio 2012, también están listados en el documento de resumen de cambio de data adjuntado a la petición de cambio (CR) 7841.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7841.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7841, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2468CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2468, CR 7841

La petición de cambio (CR) 7815 instruye a los intermediarios fiscales (FI) o a los contratistas administrativos de Medicare (MAC A/B) para incorporar una localidad adicional de pago de tarifa fija de laboratorio clínico para Kansas en su sistema (efectivo el 1 de octubre de 2012) para asegurar el precio correcto para los servicios de laboratorio enviado a Kansas. Este cambio será retroactivo al 1 de enero de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7815.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7815, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1082OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1082, CR 7815

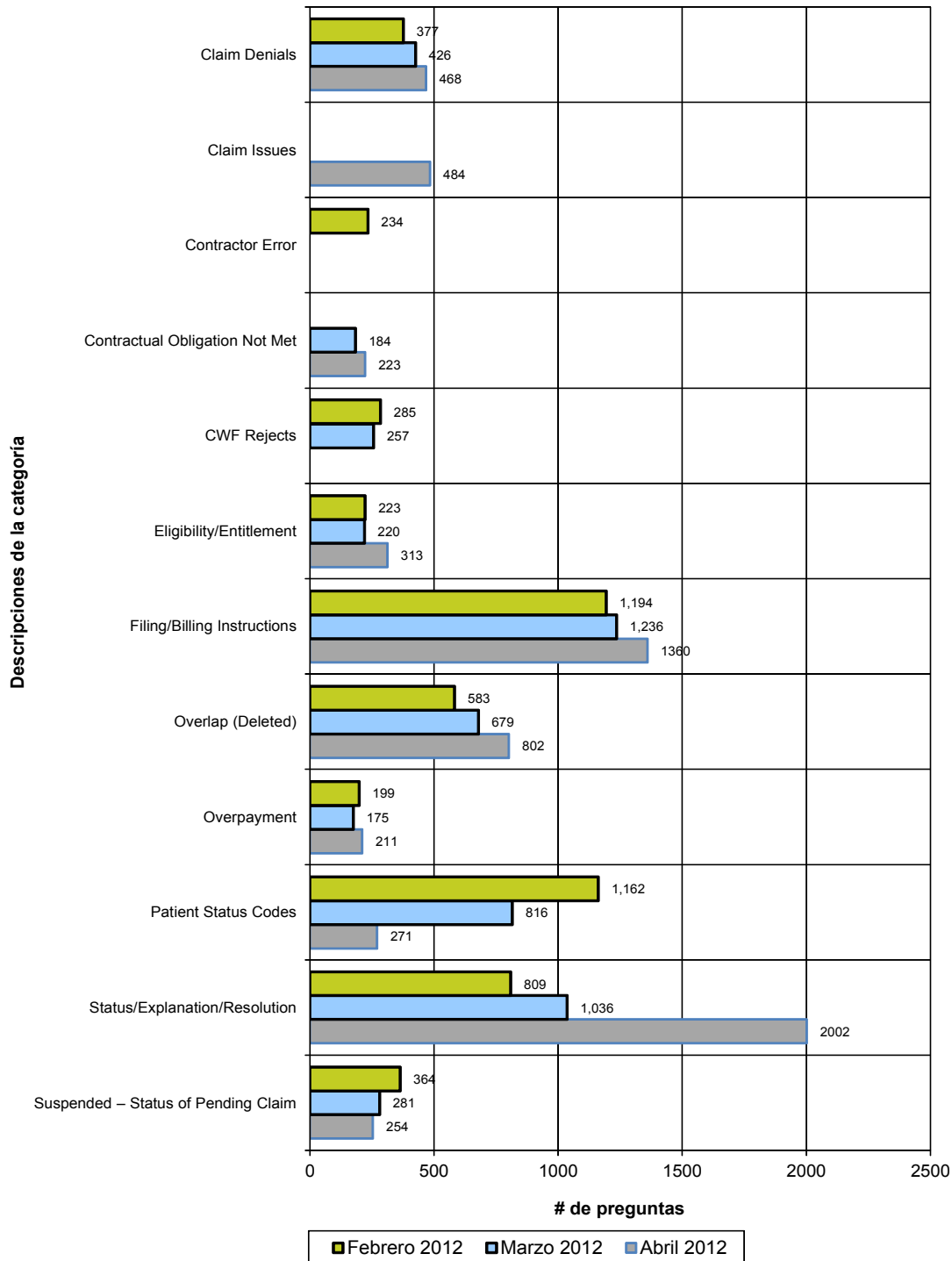
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en febrero-abril de 2012

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de febrero a abril de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

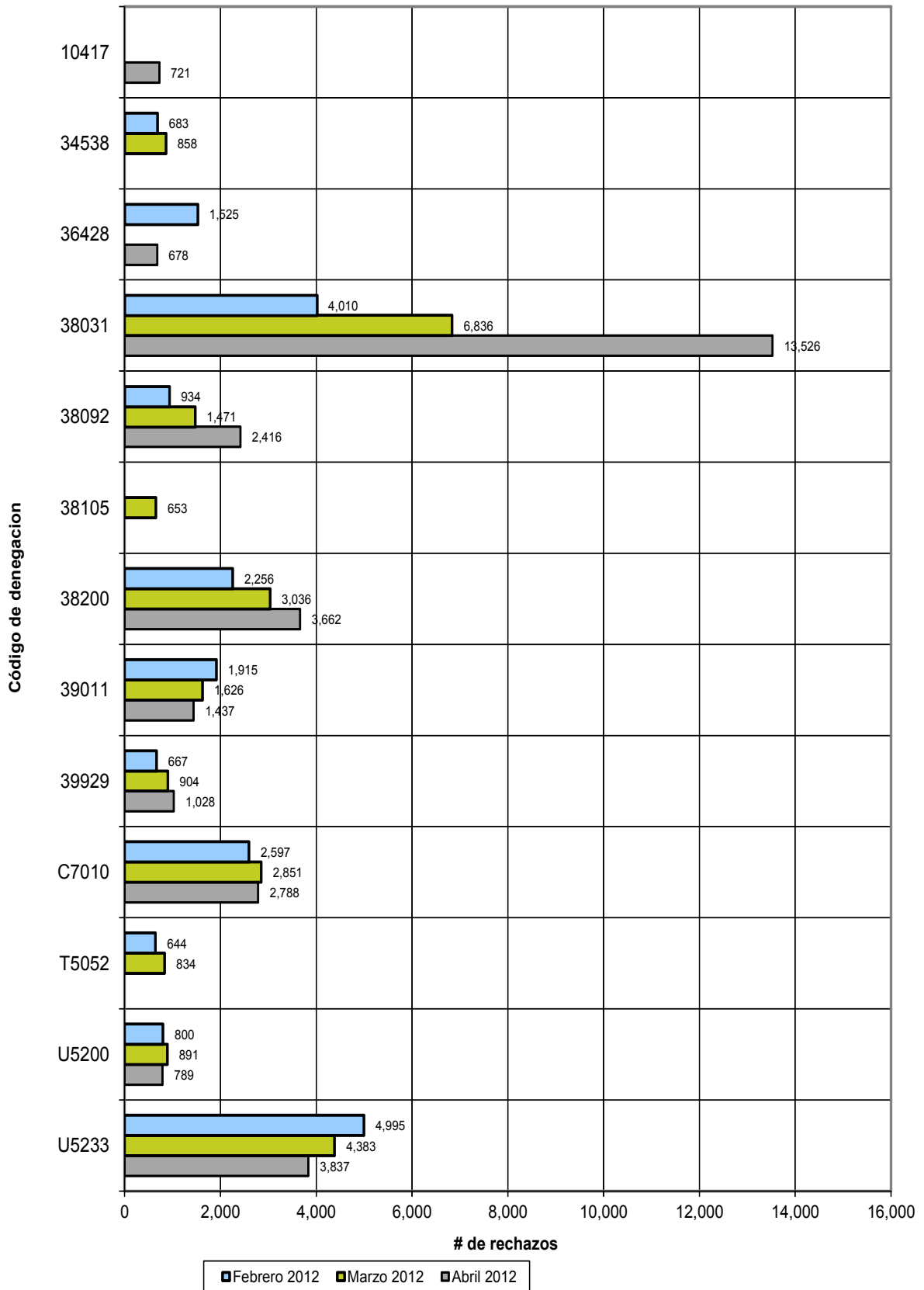
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Preguntas de Parte A más frecuentes en febrero-abril de 2012



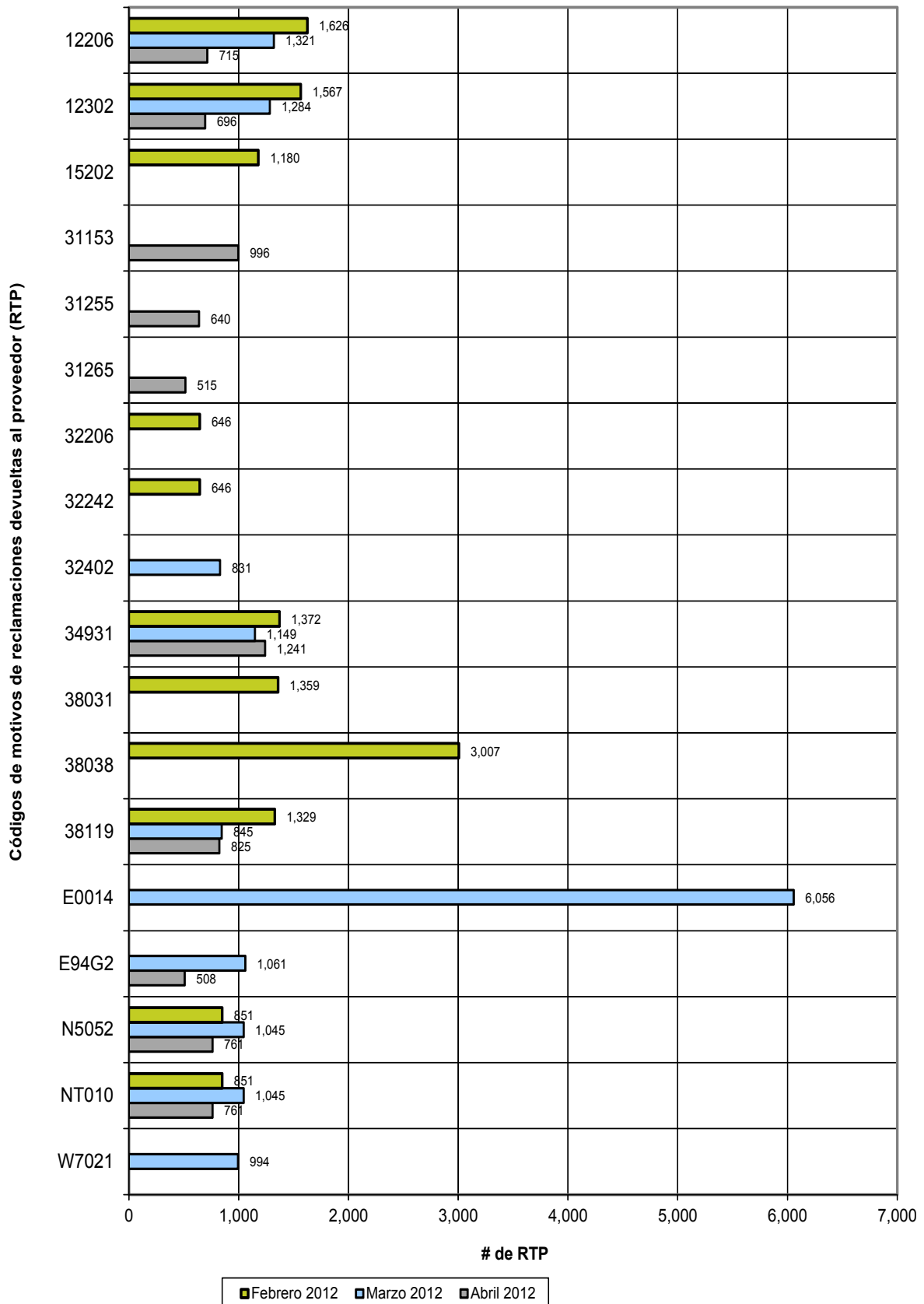
Gráficos... (Continuación)

Rechazos más frecuentes de Parte A en febrero-abril de 2012



Gráficos... (Continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en febrero-abril de 2012



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Información médica adicional

Terapia de nutrición médica (MNT)26

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Información Médica Adicional

Terapia de nutrición médica (MNT) – pautas nacionales

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 4, Sección 300 y el *Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual*, Pub. 100-03, Capítulo 1, Sección 180.1, sección 105 del *Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act de 2000 (BIPA)* permite cobertura de Medicare para servicios de terapia de nutrición médica (MNT) (CPT/HCPCS códigos 97802, 97803, 97804, G0270 y G0271) cuando son prestados por un dietista registrado o profesional de nutrición cumpliendo ciertos requisitos. El beneficio está disponible para beneficiarios con diabetes o enfermedad renal, cuando el referido es hecho por un médico según definido en §1861(r)(l) del Acta.

97802 (terapia de nutrición médica; evaluación inicial e intervención, individual, cara a cara con el paciente, 15 minutos cada una)

97803 (terapia de nutrición médica; re-evaluación e intervención, individual, cara a cara con el paciente, 15 minutos cada una)

97804 (terapia de nutrición médica; grupo [2 o más individuo(s)], 30 minutos cada uno)

G0270 (terapia de nutrición médica; reevaluación e intervenciones subsecuente[s] siguiendo el segundo referido en el mismo año para cambio en diagnóstico, condición médica o régimen de tratamiento [incluyendo horas adicionales necesarias para enfermedad renal], individual, cara a cara con el paciente, 15 minutos cada uno)

G0271 (terapia de nutrición médica; reevaluación e intervenciones subsecuentes siguiendo el segundo referido en el mismo año para un cambio en el diagnóstico, condición médica o régimen de tratamiento [incluyendo horas adicionales necesarias para la enfermedad renal], grupo [2 o más individuales], 30 minutos cada uno)

Basado en el análisis de data First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha determinado que las reclamaciones que han sido pagadas por error basado en indicaciones no incluidas en NCD 180.1 por servicios de MNT. Por lo tanto, para evitar que las reclamaciones sean pagadas incorrectamente en el futuro, FCSO está implementando modificaciones basadas en NCD 180.1 efectivo para reclamaciones procesadas **a partir del 12 de julio de 2012**, por servicios prestados **a partir del 2 de febrero de 2009**, para Florida **y a partir del 2 de marzo de 2009** para Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Adicionalmente, FCSO estará recobrando pagos para esas reclamaciones identificadas como que han sido pagadas por error.

Formulario de Parte A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2011 a septiembre de 2012.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443
Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

CIGNA Government Services
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims

Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Inscripción del Proveedor

Nuevos códigos de especialidad del médico y medicina del deporte han sido establecidos

Número de *MLN Matters*: MM7600 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7600
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2462CP y R209FM
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Los códigos de especialidad de Medicare describen los tipos específicos o únicos de los servicios médicos que los médicos y los profesionales de la salud proveen. Aunque los médicos autodesignan sus especialidad del médico de Medicare en sus aplicaciones de inscripción de Medicare (i.e., CMS-855I), los profesionales de la salud son asignados sus códigos de especialidad de Medicare cuando se inscriben. El código de especialidad viene a ser asociado con sus reclamaciones enviadas. Los contratistas de Medicare también utilizan los datos del código de especialidad para desarrollar las ediciones de procesamiento de reclamación.

Los siguientes nuevos códigos de especialidad del médico han sido establecidos:

- Sleep medicine: CO
- Sports medicine: 23 – aplicable solamente para las reclamaciones enviadas a equipo médico duradero del contratista administrativo de Medicare (DME MAC)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7600.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7600, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2462CP.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R209FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2462, CR 7600
CMS Pub. 100-06, Transmittal 209, CR 7600

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

Inscripción libre de costo, clase de participación activa sobre PECOS basado en la Internet

Únase a First Coast Service Options, en Jacksonville, para una sesión interactiva libre de costo sobre la utilización de PECOS basado en la Internet para crear electrónicamente o actualizar su inscripción a Medicare. Selecciones de las siguientes fechas de sesiones: 19 de junio, 21 de agosto o 11 de septiembre de 2012, visite <http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/143443.asp>

Información General

Cambios de codificación a procedimientos de diagnóstico de ultrasonido para monitorización con Doppler esofágico

Número de *MLN Matters*: MM7819 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7819
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2472CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Efectivo el 1 de octubre de 2012, el código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 76999 ya no debe ser utilizado para monitorización con Doppler esofágico. Los contratistas de Medicare denegarán las líneas de reclamación que contienen el código HCPCS 76999 cuando facturen por monitorización con Doppler esofágico.

En relación a HCPCS G9157, Medicare:

- Denegará cuando se facture con el modificador de TC (servicios técnicos) y provisto en el lugar de servicio (POS) 21
- Permitirá con el modificador 26 (componente profesional) o TC cuando los servicios sean provistos en POS 24 para pacientes quirúrgicos con una necesidad de la optimización de fluido intra-operatorio
- Denegará cuando se facture en cualquier POS que no sea el 21 o 24

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7819.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7819, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2472CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2472, CR 7819

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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



Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

Manejando reclamaciones mal dirigidas para los artículos y servicios de Parte B



Número de *MLN Matters*: MM7629
Número de petición de cambio relacionado: 7629
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2012
Fecha de efectividad: 20 de julio de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2474CP
Fecha de implementación: 20 de julio de 2012

Resumen

Una “reclamación mal dirigida” es una reclamación que ha sido presentada a la aseguradora, contratista administrativo de Medicare (MAC) de Parte A/Parte B (MAC), o al MAC de equipo médico duradero (DME) equivocado. Ya que a cada contratista de administración de reclamaciones del sistema de pago mediante tarifa fija se le ha asignado una jurisdicción específica y tipo de servicio (e.g., Parte A, Parte B, DMEPOS) para el

procesamiento de reclamaciones, los proveedores deben presentar sus reclamaciones a la aseguradora, MAC, o MAC DME que haya sido asignado a su jurisdicción.

Las reclamaciones asignadas (para servicios y artículos de la Parte B) que fueron enviadas a la aseguradora o MAC A/B equivocado fueron devueltas como reclamaciones no procesables (RTP), y las reclamaciones no asignadas cumpliendo con los mismos criterios fueron denegadas. En adición, reclamaciones impresas que fueron enviadas al MAC DME equivocado fueron denegadas.

Efectivo desde el 20 de Julio de 2012, las aseguradoras y los MAC de A/B devolverán todas las reclamaciones mal dirigidas como no procesables, **no importando su estatus asignado/no asignado**. Esto incluye reclamaciones de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS) enviados al contratista equivocado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7629.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7629, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2474CP.pdf>.

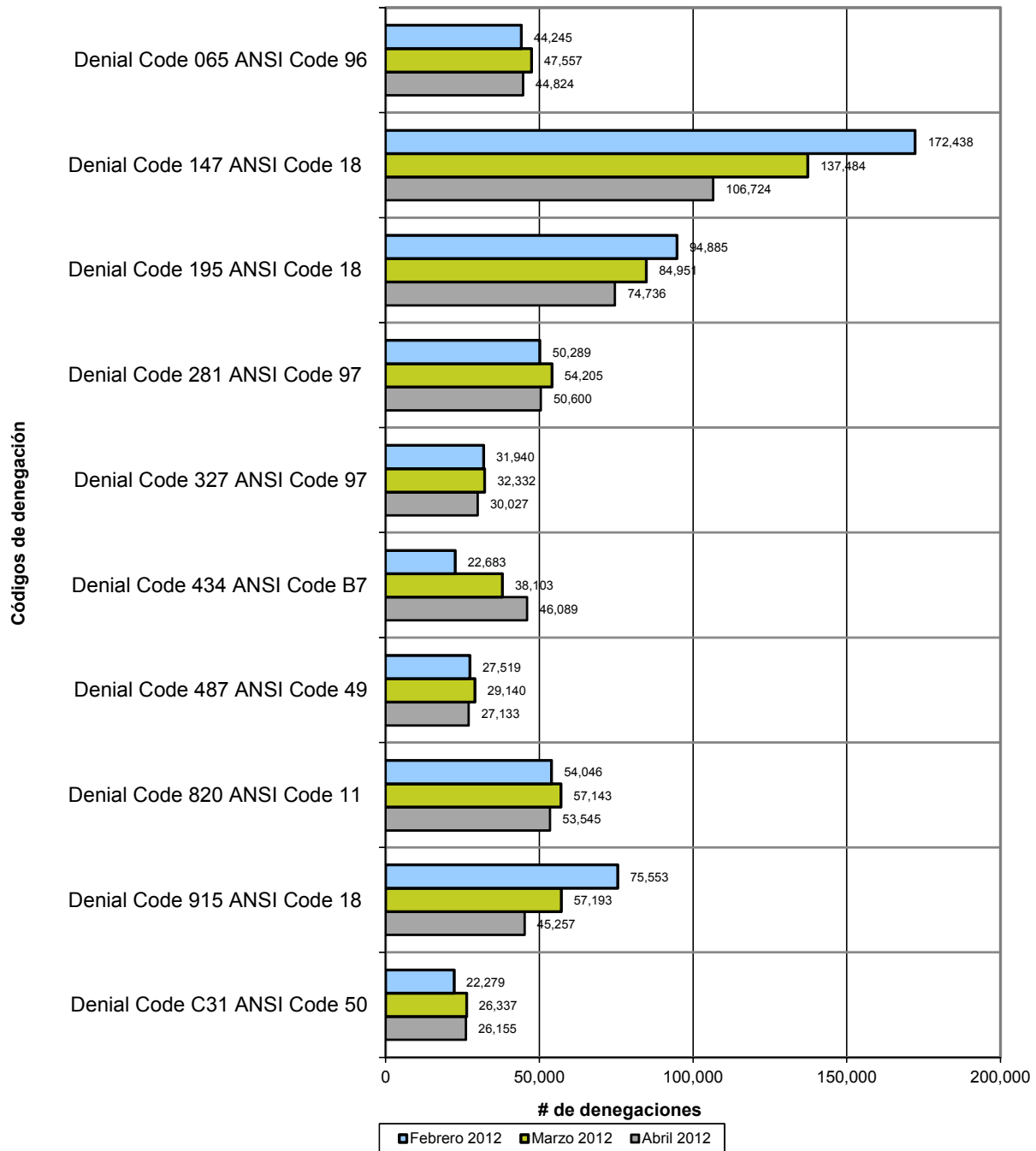
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2474, CR 7629

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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en febrero - abril de 2012

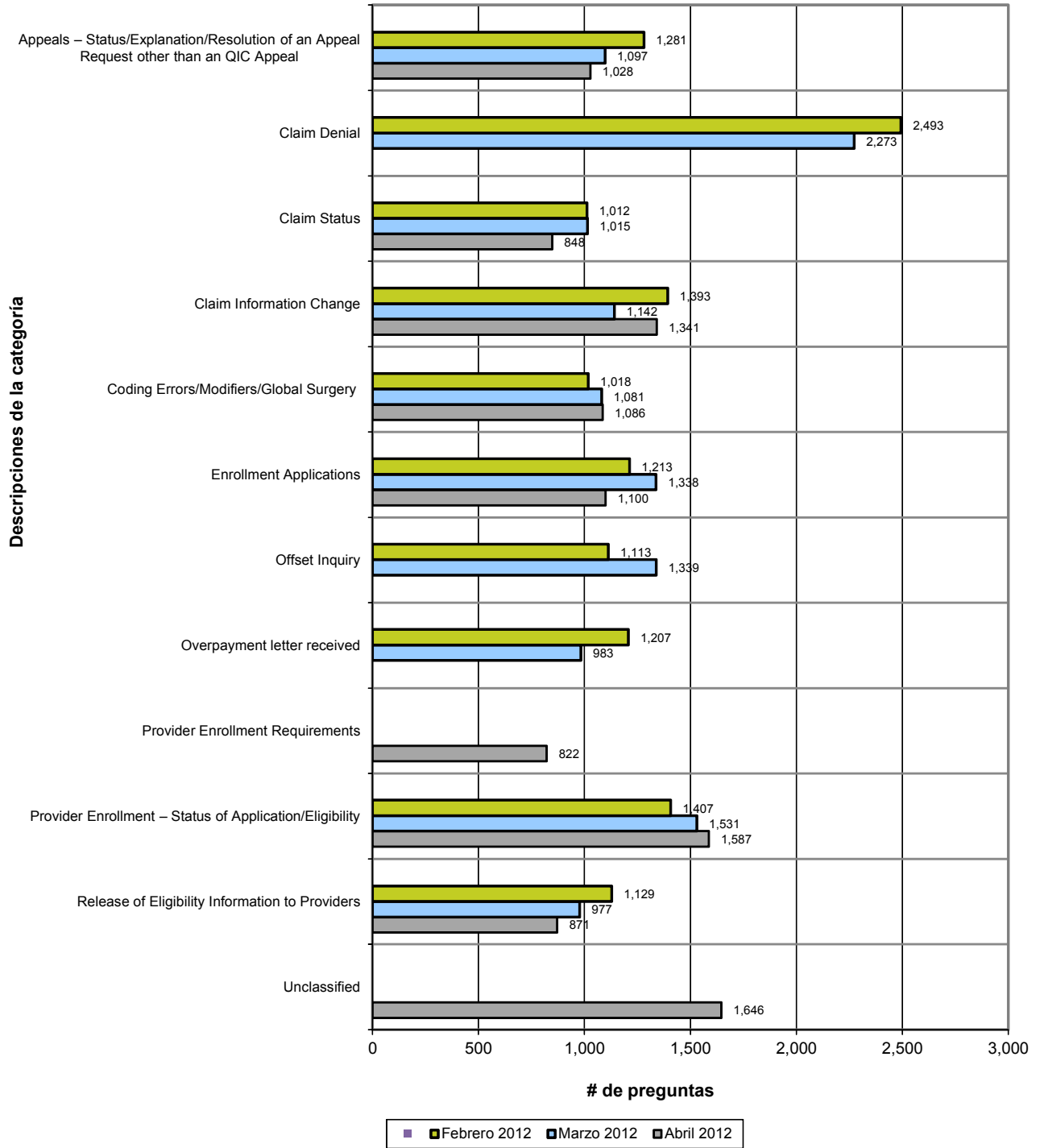
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos durante los meses de febrero a abril de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a los proveedores a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a la sección de Preguntas y Denegaciones de nuestro sitio web en http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Denegaciones de Parte B más frecuentes en febrero-abril de 2012



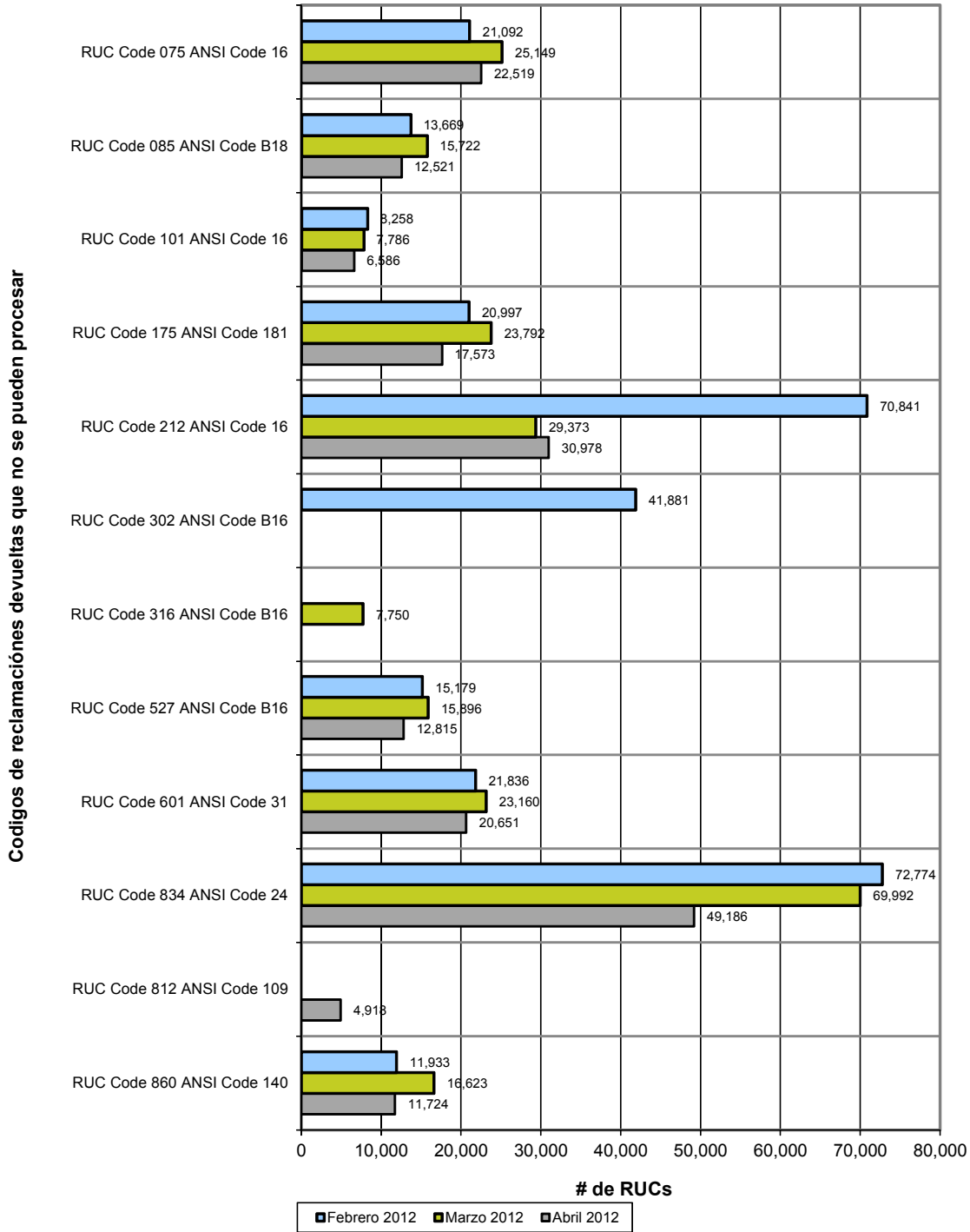
Gráficos.. (Continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en febrero-abril de 2012



Gráficos.. (Continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en febrero-abril de 2012



Formulario de Parte B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2011 a septiembre 2012.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2012 – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

CIGNA Government Services
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager