

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Junio 2012



Consejos útiles para presentación exitosa de documentación médica electrónica

Actualmente, los contratistas de Medicare solicitan documentación médica enviando una carta al proveedor. La única opción del proveedor para presentar registros a través del U.S. Postal Service. Efectivo septiembre 2011, a los proveedores se les da la oportunidad de participar en el proyecto piloto de presentación electrónica de documentación médica (esMD) de Medicare, el cual permite la transmisión electrónica de documentación. Este artículo provee una lista de preguntas y respuestas para ayudar a proveedores en este proceso y para aliviar los problemas de procesamiento actuales asociados con presentación electrónica de registros.

Nota: El aspecto más importante de la transmisión electrónica de registros a Medicare es para asegurar que la primera página de la transmisión es una copia de la carta de petición de desarrollo automático (ADR). El ADR contiene información importante que permite al contratista juntar sus registros con las reclamaciones correspondientes que están pendientes en el sistema de Medicare que están esperando los registros.

Preguntas y respuestas

Q1. ¿Cómo pueden registrarse los proveedores para esta iniciativa de esMD?

A1. El proveedor necesitará registrarse para someter transacciones de esMD por un tercer vendedor. Una lista completa de vendedores está localizada en <http://go.usa>.

En esta edición

| | |
|--|----|
| Actualización importante sobre 5010/D.0..... | 3 |
| Facturación cuestionable de suplidores de prótesis.... | 4 |
| Cobertura de 'extracorporeal photopheresis' | 6 |
| Apelando reclamaciones denegadas | 9 |
| Detección de STI..... | 10 |
| Actualización de PPS | 14 |
| Cambios al límite de cuidados paliativos..... | 15 |
| Requisitos para proveedores de ambulancia | 26 |
| Documentación requerida modificador 24..... | 27 |
| Uso de modificadores de asistente en cirugía..... | 30 |

gov/kr4. Instrucciones también están disponibles en el [artículo de edición especial SE1110](#).

Q2. Si se presentan registros a través del portal de esMD, ¿se debe someter también documentación en papel?

A2. No. Si la documentación ha sido enviada electrónicamente, no presente documentación en papel por separado.

Q3. ¿Se debe presentar una copia de la carta ADR con la documentación electrónica?

A3. First Coast Service Options (FCSO) anima al proveedor a incluir la carta ADR al principio de la transmisión. Esto le permite al contratista juntar la documentación con las reclamaciones.

Q4. ¿Cuándo un documento electrónico debe ser sometido?

A4. Un documento electrónico solo debe ser devuelto cuando un ADR es recibido del contratista.

(Continúa en la página 11)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

| | |
|--|----|
| Actualización importante sobre la implementación 5010/D.0 | 3 |
| Recordatorios importantes sobre la implementación de HIPAA 5010 & D.0 | 4 |
| Facturación cuestionable por suplidores de prótesis de extremidades inferiores | 4 |
| Modificando las excepciones del límite de tiempo para derecho retroactivo a Medicare | 5 |
| Cobertura de 'extracorporeal photopheresis' | 6 |
| Instrucciones adicionales relacionadas al CR 7633 | 7 |
| Fase 2 del requisito de ordenar y referir | 8 |
| Firmas de oficial delegado en solicitudes de revalidación CMS-855 | 8 |
| Actualización de julio a la base de datos del manual de tarifas fijas CY 2012 | 9 |
| Apelando reclamaciones denegadas | 9 |
| Revisión del índice de interés del pago al contado | 10 |
| Detección de STI y consejería conductual de alta intensidad | 10 |
| Instrucciones del manual actualizadas sobre el proceso de ABN | 11 |

Recursos Educativos

| | |
|-----------------------------------|----|
| Próximos eventos educativos | 12 |
|-----------------------------------|----|

Parte A

| | |
|--|----|
| Actualización anual del contratista de Medicare del ICD-9-CM | 13 |
| Actualización del PPS de servicios ambulatorios de hospital de julio de 2012 | 14 |
| Cambios al método de cálculo del límite de cuidados paliativos | 15 |

Gráficos

| | |
|---|----|
| Datos de procesamiento de reclamación | 16 |
|---|----|

Determinaciones Locales de Cobertura

| | |
|--------------------------------------|----|
| Tabla de contenido LCD Parte A | 19 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| Ordenar materiales de Parte A | 24 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| Contactos Parte A de Puerto Rico | 25 |
|--|----|

Parte B

| | |
|--|----|
| Versión 5010 de requisitos para proveedores de servicios de ambulancia | 26 |
| Actualización trimestral de octubre a códigos HCPCS 2012 | 27 |
| Documentación requerida cuando facture al modificador 24 | 27 |
| Revisión de reclamaciones de proveedores que ordenan/refieren | 28 |
| Uso adecuado de los modificadores de asistente en cirugía | 30 |
| Actualización de julio 2012 del sistema de pago de ASC | 31 |

Gráficos

| | |
|---|----|
| Datos de procesamiento de reclamación | 32 |
|---|----|

Determinaciones Locales de Cobertura

| | |
|--------------------------------------|----|
| Tabla de contenido LCD Parte B | 35 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| Ordenar materiales de Parte B | 41 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| Contactos Parte B de Puerto Rico | 42 |
|--|----|

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 6
Junio 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.

5010

Actualización importante sobre la implementación 5010/D.0 – acción de cumplimiento comienza el 1 de julio

Número de *MLN Matters*: SE1131
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

La fecha límite para los proveedores y sus vendedores de facturación y de software hacer la transición a las transacciones de producción del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) versiones 5010 & D.0 era el 31 de diciembre de 2011. Comenzando el 1 de enero de 2012, todas las reclamaciones electrónicas, solicitudes de elegibilidad y estatus de reclamación, deben usar las versiones 5010 o

D.0. Las reclamaciones con la versión 4010/5.1 y transacciones relacionadas ya no serán aceptadas. La remesa de pago electrónica solamente estará disponible en la versión 5010.

Usted debe hacer la transición a la versión 5010 para evitar retrasos en los pagos para las reclamaciones de servicio a tarifa (FFS) de Medicare. Transacciones electrónicas que no utilicen la versión 5010 no cumplen con HIPAA y serán rechazadas. **La acción de cumplimiento de los estándares de HIPAA 5010/D.0 comenzará el 1 de julio de 2012.**

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 reclamaciones con la versión 4010/5.1 y transacciones relacionadas ya no serán aceptadas.

Si no lo ha hecho, contacte a su contratista administrativo de Medicare (MAC) para recibir la versión gratuita del software 5010 (PC-Ace Pro32). Considere contratar a una casa de facturación que cumpla con la versión 5010 que pueda traducir las transacciones que no son conformes en transacciones conformes 5010. Para los proveedores de equipo médico duradero (DME) de Parte B, descargue el software gratuito Medicare Remit Easy Print (MREP) para ver e imprimir remesas de pago 835

de HIPAA 5010, las cuales están disponibles en <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/CMS-Information-Technology/AccessToDataApplication/index.html>. Los proveedores de Parte A pueden descargar el software gratuito PC-

Print para ver e imprimir las remesas de pago 835 conformes con HIPAA 5010, la cual está disponible en http://medicare.fcso.com/PC-print_software/.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1131.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1131

Recordatorios importantes sobre la implementación de HIPAA 5010 & D.0



Número de *MLN Matters*: SE1106
 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

Medicare exige el uso de reclamaciones electrónicas (excepto para ciertas excepciones fuera de la norma) para que los proveedores reciban el pago de Medicare. Efectivo el 1 de enero de 2012, los proveedores deben estar listos para presentar reclamaciones electrónicamente utilizando los estándares Accredited Standards Committee (ASC) X12 Versión 5010 and National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) Versión D.0. Estos estándares son nacionales y aplican a sus transacciones con todos los pagadores, no solamente con las tarifa por servicio (FFS) de Medicare.

A la hora de prepararse para la implementación de estos nuevos estándares ASC X12 y NCPDP, los proveedores también deben considerar los requisitos para implementar el conjunto de código ICD-10 también. Se le exhorta a prepararse para la implementación de estos estándares o hablar con su vendedor de facturación, vendedor de software, o casa de facturación para enterarse sobre sus planes de preparación para estos estándares.

Nota: La aplicación de los estándares de HIPAA 5010/D.0 comenzarán el 1 de julio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1106.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1106

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

Facturación cuestionable por suplidores de prótesis de extremidades inferiores

Número de *MLN Matters*: SE1213
 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 resalta el reporte de agosto de 2011 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), Oficina del Inspector General (OIG) estudio titulado “Facturación cuestionable por suplidores de prótesis de extremidades inferiores.” Este incluye un resumen del estudio y hallazgos mayores de OIG, y recomendaciones relacionadas a requisitos de Medicare para prótesis de extremidades inferiores. También discute la política de Medicare sobre la cobertura de prótesis de extremidades inferiores bajo su beneficio de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS) de la Parte B. El estudio fue diseñado para cumplir con los siguientes objetivos:

1. Identificar pagos por prótesis de extremidades inferiores en 2009 que no cumplieron ciertos requisitos de Medicare;
2. Identificar pagos de Medicare por prótesis de extremidades inferiores en 2009 para beneficiarios sin reclamaciones de sus médicos de cabecera;
3. Identificar suplidores de prótesis de extremidades inferiores que tuvieron facturación cuestionable en 2009; y
(Continúa en la página siguiente)

Facturación... (continuación)

- Describe las garantías del programa en vigor en 2009 y la primera mitad de 2010 para prevenir pagos inadecuados por prótesis de extremidades inferiores.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1213.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1213

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.

Modificando las excepciones del límite de tiempo de presentación para derecho retroactivo al programa de Medicare



Número de *MLN Matters*: MM7834

Número de petición de cambio relacionado: 7834

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de mayo de 2012

Fecha de efectividad: 27 de agosto de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2477CP

Fecha de implementación: 27 de agosto de 2012

Resumen

El *Medicare Claims Processing Manual* actualmente requiere que, con el fin de conceder una extensión de tiempo para presentarla, el proveedor, suplidor o beneficiario debe presentar una carta oficial del Social Security Administration (SSA) al beneficiario para cumplir con una de las condiciones de que el beneficiario tenía derecho retroactivo al programa de Medicare en o antes de la fecha en que el servicio fue provisto. La petición de cambio (CR) 7834 revisa las secciones del manual para especificar que, si la carta oficial de SSA al beneficiario no es presentada, los contratistas de Medicare deben verificar la base de datos del archivo de trabajo común (CWF) y pueden interpretar la data de CWF para poder verificar que el beneficiario tenía derecho retroactivo al programa de Medicare en o antes de la fecha del servicio prestado.

Los contratistas pueden interpretar la data de CWF para verificar la el derecho retroactivo a Medicare que pueda permitir que una factura sea procesada después del límite de tiempo de presentación de 12 meses.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7834.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7834, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2477CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2477, CR 7834

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

Cobertura de ‘extracorporeal photopheresis’

Número de *MLN Matters*: MM7806

Número de petición de cambio relacionado: 7806

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2012

Fecha de efectividad: 30 de abril de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R143NCD y R2473CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 30 de abril de 2012, Medicare cubrirá “extracorporeal photopheresis” para el tratamiento del síndrome “bronchiolitis obliterans” (BOS) después del trasplante de pulmón, pero solo cuando es provisto bajo un estudio de investigación clínica aprobado que cumple requisitos específicos.

Reclamaciones facturadas por “extracorporeal photopheresis” deben contener el código de procedimiento Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 36522 junto con uno de los códigos de diagnóstico de las Enfermedades de Clasificación Internacional (ICD-9-CM o ICD-10) mostrado en la petición de cambio (CR) 7806.

Por favor tenga en cuenta que sus reclamaciones solo serán pagadas cuando también contengan todos los siguientes:

- Código de diagnóstico V70.7 (como diagnóstico secundario);
- Código de condición 30 (reclamaciones institucionales solamente);
- Modificador de ensayo clínico Q0 (Servicio clínico de investigación provisto en un estudio de investigación clínica que este en un estudio de investigación aprobado); y
- Código de valor D4 con un número de ensayo clínico de 8 dígitos (opcional)(solo los FI).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7806.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7806, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R143NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2473CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 143, CR 7806; CMS Pub. 100-04, Transmittal 2473, CR 7806

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>

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 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7791
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de junio de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2488CP
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.

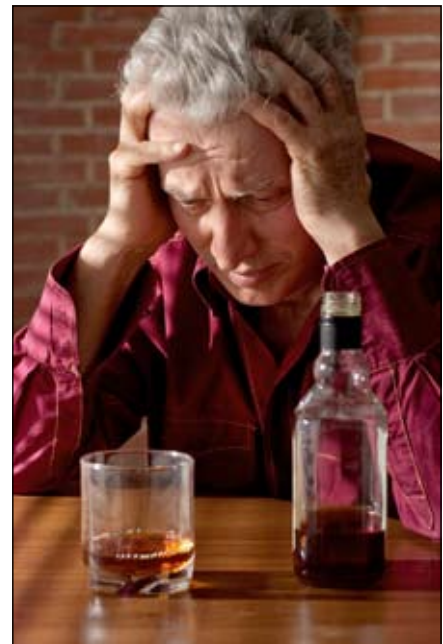
Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2488CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2488, 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.



Inscripción del Proveedor

Fase 2 del requisito de ordenar y referir

Número de *MLN Matters*: SE1221
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) pronto comenzarán a denegar reclamaciones de la agencia de salud en el hogar (HHA) de la Parte A, y de equipo médico duradero de la Parte B (DME), que fallen las modificaciones del proveedor que refiere/ordena, según indicado en la regla final CMS-6010-F, la cual CMS publicó el 24 de abril de 2012. Estas modificaciones aseguran que médicos y otros que son elegibles para ordenar y referir artículos o servicios han establecido sus registros de inscripción a Medicare y son de una especialidad que es elegible para ordenar y referir. Este artículo incluye recursos adicionales e información sobre las fases 1 y 2 del requisito y cuáles tipos de proveedores son elegibles para ordenar o referir artículos o servicios a beneficiarios de Medicare.

CMS debe autorizar a contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B y DME MAC para comenzar

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.

modificando las reclamaciones de Medicare con modificaciones de orden/referido de la fase 2. Esto significa que el proveedor que cobra no será pagado por los artículos o servicios que fueron prestados basado en la orden o referido de un proveedor que no tiene un registro de inscripción en Medicare.

Nota: CMS no ha anunciado una fecha para cuando la fase 2 del proyecto de ley será activado. CMS proveerá aviso por adelantado de 60 días antes de activar las modificaciones de ordenar/referir.

Si usted ordena o refiere artículos o servicios para beneficiarios de Medicare y no tiene un registro de inscripción de Medicare, usted necesita presentar una solicitud de inscripción a Medicare. Usted puede hacer esto utilizando *Internet-based Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS)* o completando la solicitud de inscripción impresa (*CMS-855O*).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1221.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1221

Firmas de oficial delegado en solicitudes de revalidación CMS-855

Efectivo con las solicitudes de revalidación CMS-855 recibidas a partir del 18 de junio de 2012, solicitudes firmadas por el proveedor u oficial delegado del suplidor serán aceptadas. El Capítulo 15 del *Program Integrity Manual* será actualizado para clarificar que oficiales autorizados y delegados pueden firmar las solicitudes de revalidación del formulario CMS-855.

Nota: Esta política aplica a solicitudes electrónicas y en papel y **no aplica a solicitudes iniciales**, las cuales todavía deben ser firmadas por un oficial autorizado.

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 de julio a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare del CY 2012

Número de *MLN Matters*: MM7844
Número de petición de cambio relacionado: 7844
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de junio de 2012
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012; excepto el 1 de abril de 2012 para códigos G de medición
Número de transmisión de CR relacionado: R2841
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7844 e instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare (MPFSDB). El 23 de diciembre de 2011, el Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act de 2011 (TPTCCA) se convirtió en ley y suspendió la actualización negativa automática que hubiera entrado en vigor con la ley actual. El TPTCCA permitido temporeraente para una actualización de cero por ciento al MPFS del 1 de enero de 2012, hasta el 29 de febrero de 2012. El 22 de febrero de 2012, el Middle Class Tax Relief and Job Creation Act de 2012 (MCTRJCA) fue convertida en ley y extendió la actualización del cero por ciento hasta el 31 de diciembre de 2012. La CR 7844 es la enmienda de

julio a esos archivos de pago. Algunos puntos claves incluyen:

- Códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) con indicadores de pago de MPFS revisados, efectivo el 1 de julio de 2012
- Nuevos códigos HCPCS a ser añadidos con la fecha efectiva del 1 de abril de 2012
- Nuevos códigos HCPCS a ser añadidos con la fecha efectiva del 1 de julio de 2012

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7844.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7844, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2481, CR 7844

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

Apelando reclamaciones denegadas presentadas por médico de referido/profesional de la salud excluido

Número de *MLN Matters*: SE1223
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido este artículo para informar a médicos y profesionales de la salud excluidos quienes hayan seleccionado referir servicios para beneficiarios pero que han sido excluidos de hacerlo por la Oficina del Inspector General (OIG) que Medicare pronto comenzará a denegar reclamaciones que fallen las modificaciones del proveedor de referido.

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.

Sin embargo, médicos y profesionales de la salud excluidos cuyas reclamaciones son denegadas por servicios de referido pero cumplen una de las excepciones descritas en 42 CFR 1001.1901(c), deben presentar una apelación con su aseguradora asignada o contratista administrativo de Medicare (MAC) A/B.

El artículo también incluye pautas sobre requisitos de Medicare para exclusión voluntaria del programa de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1223.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1223

Revisión del índice de interés del pago al contado

Medicare debe pagar interés en las reclamaciones limpias si el pago no es realizado dentro del número aplicable de días de calendario (i.e., 30 días) después de la fecha de recibo. El número de días aplicable también es conocido como la cumbre del pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2012, debe ser pagada antes de que termine el 31 de marzo de 2012.

El índice de interés es determinado por el índice aplicable en el día del pago. Este índice es determinado por el Departamento del Tesoro en una base de seis meses, efectivo cada 1 de enero y julio. Los proveedores pueden acceder la página Web del Departamento del Tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> para obtener el índice correcto. El periodo de interés comienza el día después que el pago es debido y finaliza el día del pago.



El nuevo índice de 1.75 por ciento está en efecto hasta el 31 de diciembre de 2012.

El interés no es pagado en:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por el contratista de Medicare
- Reclamaciones en las cuales ningún pago es vencido
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor está recibiendo pago interino periódico
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS).

Nota: El contratista de Medicare reporta la cantidad de interés en cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando los pagos de interés son aplicables.

Fuente: Publicación 100-04, Capítulo 1, Sección 80.2.2

Detección de STI y consejería conductual de alta intensidad

Número de *MLN Matters*: MM7610 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7610
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de mayo de 2012
 Fecha de efectividad: 8 de noviembre de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2476CP y R141NCD
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012 para implementación completa

Resumen

Comenzando el 2 de julio de 2012, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) cubrirán evaluación para las siguientes infecciones de transmisión sexual (STI):

- Clamidia
- Gonorrea
- Sífilis
- Hepatitis B

Las pruebas deben ser utilizadas en conformidad con el etiquetado aprobado por la Food and Drug

Administration (FDA), conforme con las regulaciones del Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA). Las pruebas de detección de laboratorio cubiertas deben ser ordenadas por el proveedor de cuidado primario.

En adición, Medicare cubrirá consejería conductual de alta intensidad (HIBC) para prevenir las STI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7610.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7610, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2476CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2485CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2476, CR 7610; CMS Pub. 100-03, Transmittal 141, CR 7610

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.

Consejos... (continuación)

Q5. ¿Hay planes para que proveedores puedan presentar peticiones de re determinación a través del portal de esMD en el futuro?

A5. Sí, pero al momento no se ha establecido una fecha. Más información sobre esto será provista según se haga disponible.

Q6. Si un proveedor presenta una petición de re determinación a través del portal de esMD, ¿Será aceptado?

A6. No, no será aceptado. El proveedor no recibirá ningún tipo de respuesta sobre la petición. Será rechazado a través del portal.

Información adicional

Refiérase al [artículo de edición especial SE1110](#) para una lista de contratistas participando en el piloto así como también los manejadores de la información de salud (HIH) que ofrecen servicios de portal de acceso de esMD.

Información adicional también está disponible en la página Web de esMD en <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/ESMD/index.html>. Usted puede también tratar el enlace de Twitter, el cual es @CMSSGov (Busque #CMS_esMD).

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 del manual actualizadas sobre el proceso de ABN

Número de *MLN Matters*: MM7821

Número de petición de cambio relacionado: 7821

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de junio de 2012

Fecha de efectividad: 4 de septiembre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2480CP

Fecha de implementación: 4 de septiembre de 2012

Resumen

Las notificaciones anticipadas al beneficiario (ABN) son emitidas por proveedores y suplidores para informar a los beneficiarios en el Medicare original sobre cargos posibles por artículos o servicios que no están cubiertos por Medicare. Emisión del ABN es requerido en ciertas situaciones cuando aplica la limitación de responsabilidad (LOL). En 2008, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) revisaron la notificación y sus instrucciones para agilizar y simplificar el proceso de aviso.

La Sección 50 del *Medicare Claims Processing Manual* establece los estándares a usar por los proveedores y suplidores en implementar la notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (ABN), formulario CMS-R-131, anteriormente la "Notificación anticipada al beneficiario." Desde el 1 de marzo de 2009, el ABN-G (general) y ABN-L (laboratorio) ya no son notificaciones válidas y han sido reemplazadas con el ABN.

Este artículo detalla las instrucciones del manual revisado sobre el uso de la notificación anticipada al beneficiario (ABN), proveyendo ejemplos para asistencia. La última página del artículo de *MLN Matters*[®] contiene una guía de la sección del manual revisado, para asistir en cumplimiento con los requisitos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7821.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7821, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2480CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2480, CR 7821

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.

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Julio de 2012

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

Medifest 2012 Panama City (A/B)

Cuando: 25-26 de julio de 2012
 Hora: 8:00 a.m.-5:00 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

Agosto de 2012

Medifest 2012 Miami (A/B)

Cuando: 14-15 de agosto de 2012
 Hora: 8:00 a.m.-5:00 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

Clase sobre PECOS basado en la Internet (A/B)

Cuando: 21 de agosto 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

Actualización anual del contratista de Medicare del ICD-9-CM

Número de *MLN Matters*: MM7863

Número de petición de cambio relacionado: 7863

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de junio de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2485CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) está proveyendo su recordatorio anual de la actualización *the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM) que es efectiva para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2012, (efectivo para altas a partir del 1 de octubre de 2012, para proveedores institucionales).

El comité de mantenimiento y coordinación de ICD-9-CM implementó un congelamiento parcial de los códigos ICD-9-CM y ICD-10 (ICD-10-CM y ICD-10-PCS) antes de la implementación de ICD-10.

- Como resultado de este congelamiento de código parcial, solo un nuevo código de procedimiento de ICD-9-CM está siendo añadido con esta petición de cambio, i.e., 00.95 (inyección o infusión de glucarpidase).
- No hay nuevos códigos de diagnóstico para el año fiscal (FY) 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7863.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7863, 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/R2485CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2485, CR 7863

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.

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Pagos Prospectivos

Actualización del sistema de pago prospectivo de servicios ambulatorios de hospital de julio de 2012

Número de *MLN Matters*: MM7847

Número de petición de cambio relacionado: 7847

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de junio de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2483CP y R157BP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7847 describe cambios a e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS). El editor de código ambulatorio integrado (I/OCE) de julio de 2012 y OPPS Pricer reflejará el Sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS), clasificación de pago ambulatorio (APC), modificador HCPCS, y supresiones, cambios y adiciones de código de ingreso identificadas en esta CR.

Las revisiones de julio de 2012 a archivos de data I/OCE, instrucciones, y especificaciones son provistas en la CR 7841, "July 2012 Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) Specifications Version 13.2." Un artículo relacionado está disponible en <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7841.pdf>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloadsMM7847.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7847, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R157BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2483CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 157, CR 7847 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2483, CR 7847

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

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Información General

Cambios al método de cálculo del límite de cuidados paliativos

Número de *MLN Matters*: MM7838

Número de petición de cambio relacionado: 7838

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de junio de 2012

Fecha de efectividad: 14 de abril de 2011 para el límite del año 2011 y años anteriores; 1 de octubre de 2011 para el 2012 y límite de años posteriores

Número de transmisión de CR relacionado: R156BP y R2482CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7838 informa a contratistas de Medicare sobre una nueva adición al *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 9, Sección 90. La nueva adición es titulada, "Caps and Limitations on Hospice Payment." Alguna de la información en esta nueva sección era originalmente encontrada en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 11, Sección 80.

En abril de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitió Ruling CMS 1355-R, la cual trata los límites de los años previos al límite del año que termina el 31 de octubre de 2012. CMS también ha emitido una regla final y propuesta revisando la regulación previa estableciendo en § 418.309(b)(1) para proveer para aplicación de la metodología proporcional de paciente por paciente para los límites de los años 2012 y más, o, para proveedores que cualifican, aplicación de la metodología racionalizada a elección del proveedor. CMS también está permitiendo ciertos proveedores de cuidados paliativos elegir tener esa determinación calculada conforme a la metodología proporcional de paciente a paciente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7838.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7838, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2482CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R156BP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 156, CR 7838; CMS Pub. 100-04, Transmittal 2482, CR 7838

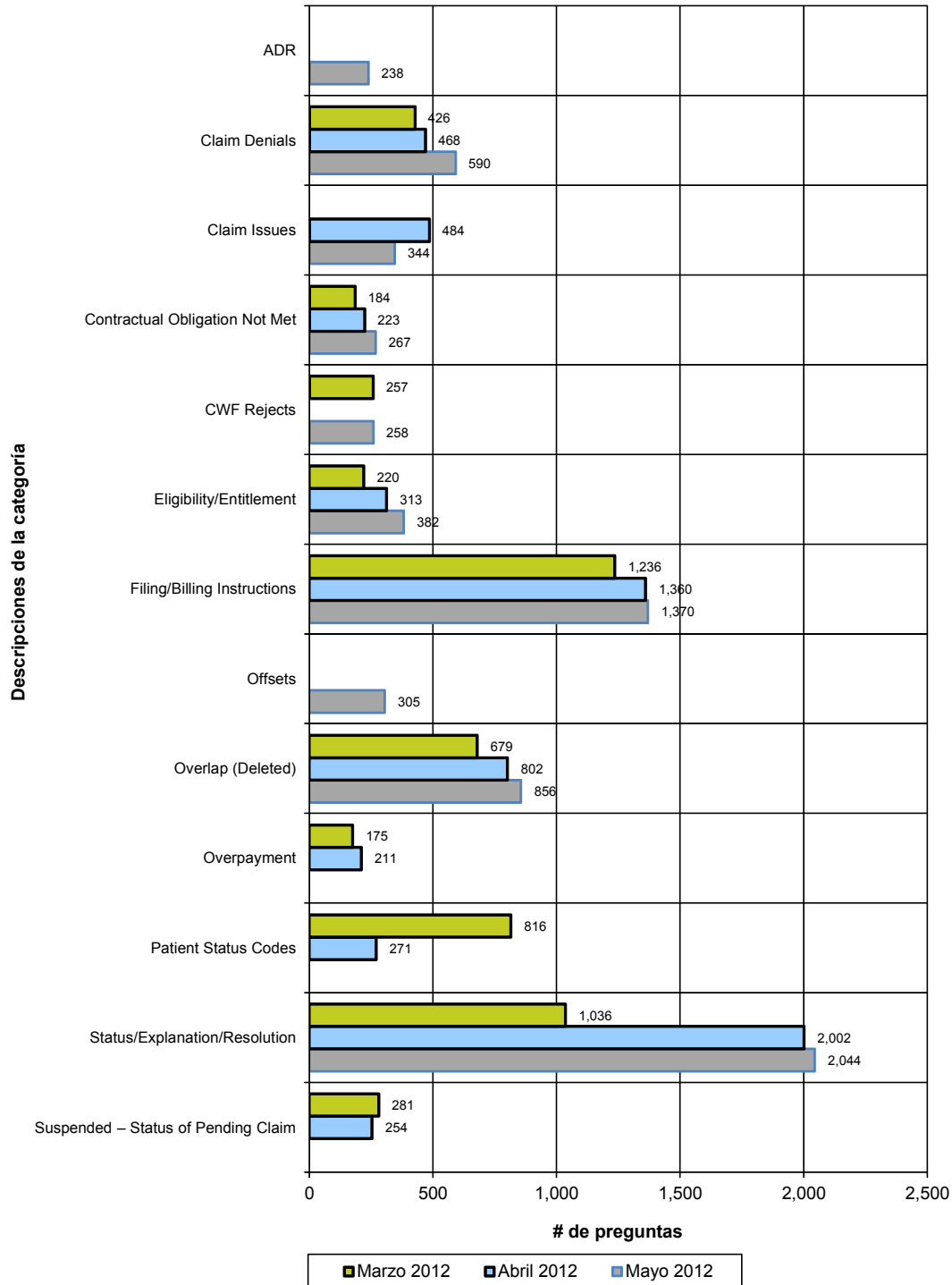
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 marzo-mayo 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 marzo a mayo 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

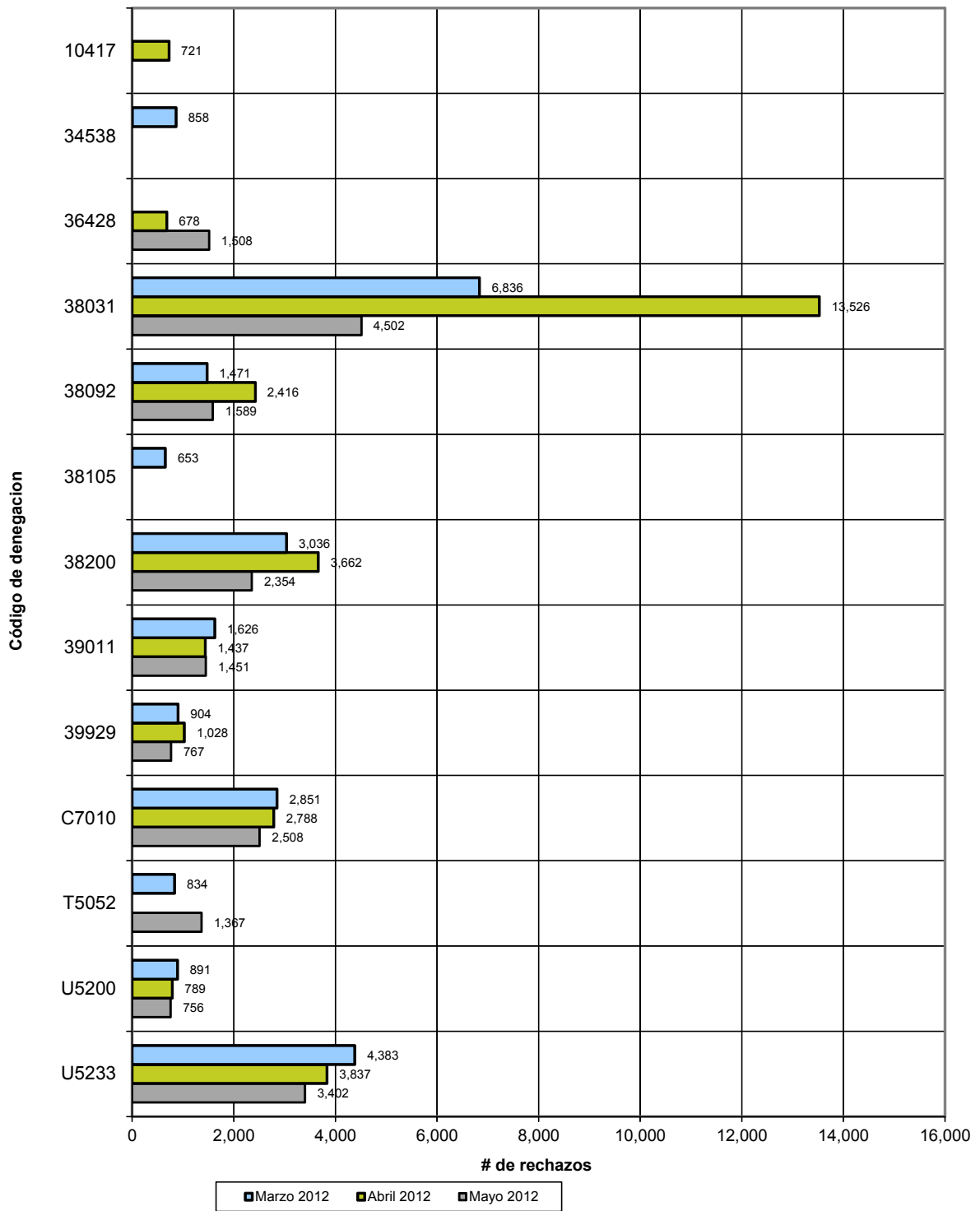
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Preguntas de Parte A más frecuentes en marzo-mayo de 2012



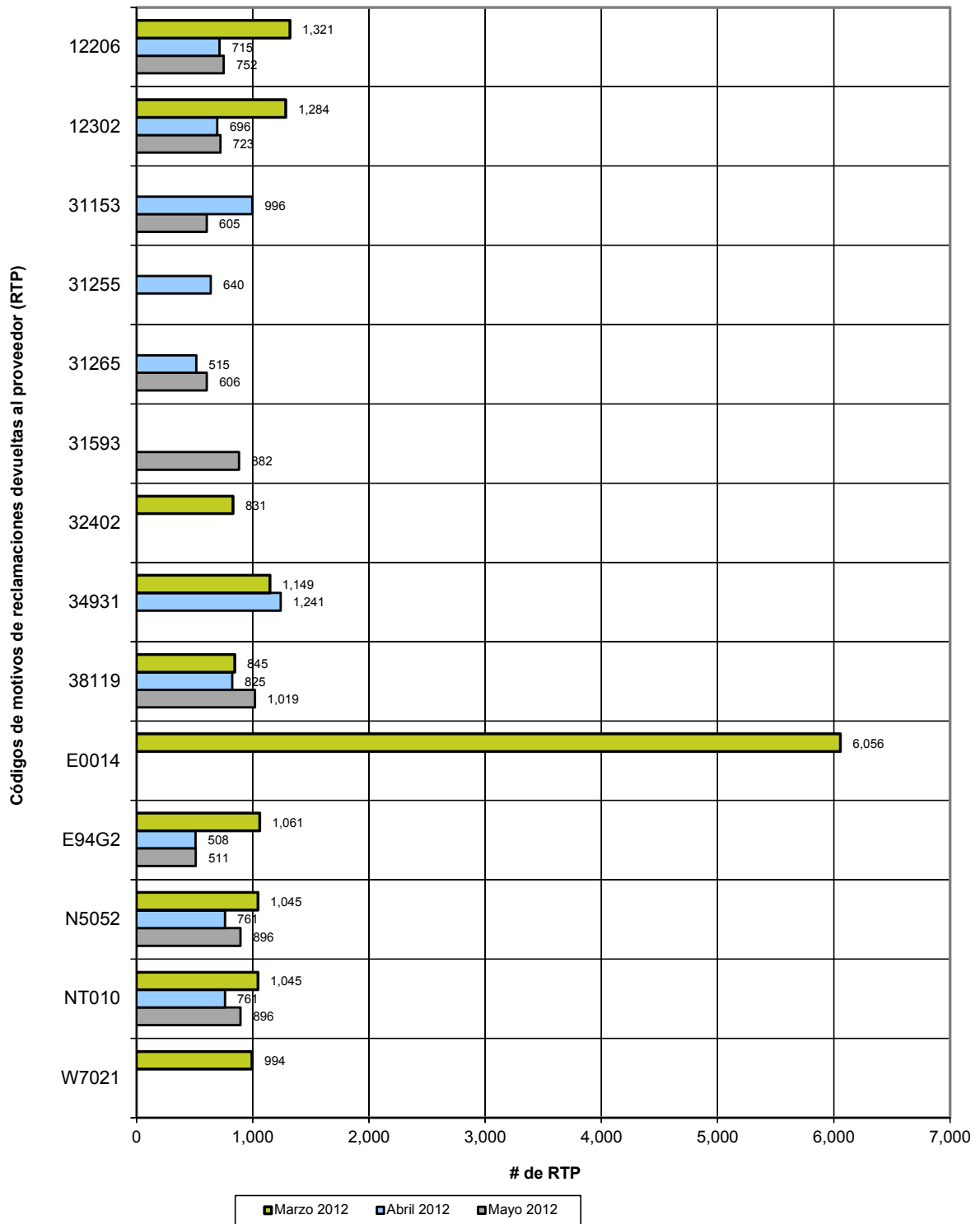
Gráficos... (Continuación)

Rechazos más frecuentes de Parte A en marzo-mayo de 2012



Gráficos... (Continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en marzo-mayo 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 FCSE eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional <http://medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

| | |
|--|----|
| AJ9001: Doxorubicin liposomal (Doxil®) | 20 |
| AJ0881: Erythropoiesis stimulating agents..... | 20 |
| ANCSVCS: Noncovered services - reemplazo de código | 21 |
| ANCSVCS: Noncovered services | 21 |
| AJ9310: Rituximab (Rituxan®) | 22 |
| SKINSUB: Skin substitutes..... | 22 |
| AVISCO: Viscosupplementation therapy for knee | 23 |

Información Médica Adicional

| | |
|--|----|
| Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) | 23 |
|--|----|

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

AJ9001: Doxorubicin liposomal (Doxil®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28827 (Florida)

Identificador de LCD: L28860 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil®) fue recientemente revisada el 24 de abril de 2012. Desde entonces, las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “CPT/HCPCS Codes” de la LCD fueron revisadas basadas en las peticiones de cambio 7831, 7844, y 7854. La LCD fue revisada para remover el código HCPCS J9001 y reemplazarlo con el nuevo código HCPCS Q2048 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, doxil, 10 MG). En adición, los códigos HCPCS J9999 y C9399 fueron removidos y reemplazados con el nuevo código HCPCS Q2049 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, imported lipodox 10mg). También, el “Contractor’s Determination Number” J9001 fue cambiado a Q2048 y el “Título de la LCD” fue cambiado a Doxorubicin, Liposomal (Doxil/Lipodox).

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

AJ0881: Erythropoiesis stimulating agents – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28836 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para erythropoiesis stimulating agents fue revisada recientemente el 23 de agosto de 2011. Desde entonces, basado en las peticiones de cambio 7831 y 7844, la LCD fue revisada para añadir el código HCPCS Q2047 [Injection, peginesatide, 0.1 mg (para ESRD en diálisis)] a la sección “códigos CPT/HCPCS” de la LCD. Las secciones “Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica”, “códigos ICD-9 que apoyan la necesidad médica” y “pautas de utilización” de la LCD también fueron actualizadas según la etiqueta del Food and Drug Administration (FDA). En adición, la sección “recursos de información y bases para decisión” de la LCD y el archivo adjunto de las “pautas de codificación” de la LCD fueron actualizados.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

ANCSVCS: Noncovered services – revisión para eliminar el código HCPCS C9732 y reemplazarlo con el código CPT® 0308T

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada recientemente el 12 de junio de 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada para eliminar el código HCPCS C9732 y reemplazarlo con el código CPT® 0308T bajo la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures” de la LCD basado en los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) transmisión 2481, petición de cambio (CR) 7844, con fecha del 1 de junio de 2012, (actualización de julio a la base de datos del Medicare Physician Fee Schedule [MPFSDB] del CY 2012) y CMS transmisión 157, 7847, con fecha del 8 de junio de 2012, (actualización de julio 2012 del sistema de pago prospectivo ambulatorio de hospital [OPPS]).

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 2 de julio de 2012**, para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

ANCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) por servicios no cubiertos fue revisada en su mayoría el 12 de junio de 2012. En una publicación anterior (March 2012 Connection), First Coast Service Options Inc. publicó la siguiente verbosidad basado en la petición de cambio (CR) 7610, transmisión 2402 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), con fecha del 26 de enero de 2012.

“La sección “Códigos CPT/HCPCS, Decisiones de no cobertura local – procedimientos de laboratorio” de la LCD fue revisada para añadir el siguiente lenguaje (No médicamente razonable y necesario excepto cuando es facturado con diagnóstico V74.5 o V73.89) para los códigos CPT® 87270 y 87320.”

Desde entonces se determinó que el diagnóstico V73.89 no es un diagnóstico aplicable para códigos CPT® 87270 y 87320. Por lo tanto, diagnóstico V73.89 ha sido removido de la sección “códigos CPT/HCPCS, Decisiones de no cobertura local – Procedimientos de laboratorio” de la LCD para códigos CPT® 87270 y 87320.

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 2 de julio de 2012**, para servicios prestados **a partir del 8 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

AJ9310: Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28980 (Florida)

Identificador de LCD: L29013 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) fue recientemente revisada el 19 de abril de 2011. Desde entonces, revisiones fueron hechas bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. Bajo esta sección, la siguiente indicación fue añadida a las indicaciones fuera de la etiqueta: “Terapia de segunda línea o de rescate con o sin terapia de radiación (RT) antes del rescate de células madre autólogas para enfermedad progresiva o recaída de la enfermedad en pacientes inicialmente tratados con quimioterapia con o sin RT en combinación con bendamustine. También, un subtítulo de nuevas “Limitaciones” fue añadido referenciando consideración individual para esclerosis múltiple (código ICD-9-CM 340). Bajo esta nueva sección de “Limitations” de la LCD, lenguaje fue dado indicando los registros médicos pueden ser requeridos para revisión de prepago cuando el código de diagnóstico 340 es facturado por rituximab (Rituxan®). En adición, la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para añadir el rango de código de diagnóstico 201.40-201.48 (Hodgkin disease, lymphocytic-histiocytic predominance), y la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD también fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 8 de junio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

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

SKINSUB: Skin substitutes – Revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28985 (Florida)

Identificador de LCD: L29327 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para skin substitutes (injertos de piel) fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se hizo una revisión a la LCD basado en la petición de cambio 7847, transmisión 2483, (actualización del sistema de pago prospectivo ambulatorio de hospital [OPPS] de julio 2012), con fecha del 8 de junio de 2012, emitido por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Después de evaluación adicional de los códigos HCPCS C9368 (Grafix core, per square centimeter) y C9369 (Grafix prime, per square centimeter) se tomó la decisión de añadir los códigos HCPCS C9368 y C9369 a la sección de “códigos CPT/HCPCS” de la LCD bajo la subsección “Los siguientes códigos HCPCS no son pagables separadamente y son considerados productos no médicamente razonables y necesarios.”

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

AVISCO: Viscosupplementation therapy for knee—revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29005 (Florida)

Identificador de LCD: L29037 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia viscosuplementación para la rodilla fue recientemente revisada el 1 de enero de 2010. Desde entonces, la LCD fue revisada para añadir el código HCPCS J7326 (Hyaluronan o derivativo, Gel-One, para inyección intraarticular, por dosis) a los “Códigos CPT/HCPCS” y las secciones de “Utilization Guidelines” de la LCD. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 13 de agosto de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Listas de medicamentos

Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) – Parte A: C9399/J3490/J3590

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones a contratistas sobre el pago de Medicare para medicamentos y productos biológicos como parte del servicio médico. Las instrucciones también le proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente auto-administrado y por lo tanto, no cubierto por Medicare. Pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos auto-administrados inyectables excluidos como parte del servicio médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2*.

Efectivo para servicios prestados **a partir del 6 de agosto de 2012**, el siguiente medicamento ha sido añadido a la lista SAD de la Parte A MAC J-9.

- C9399 /J3490/ J3590 – Injection, Exenatide extended release for injectable suspension [Bydureon™]

La evaluación de medicamentos para añadir a la lista de medicamentos auto-administrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables por monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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 FCSSO (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

Ambulancia

Versión 5010 de requisitos para proveedores de servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: SE1029

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

La versión 4010A1 de reclamación electrónica 837P no precisa la presentación de código de diagnóstico del conjunto de códigos ICD-9-CM en el segmento HI del circuito 2300. Adicionalmente, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) actualmente no exigen a los proveedores de servicios de ambulancia presentar códigos de diagnóstico en reclamaciones para su pago. Sin embargo, la versión de 837P, que entra en vigencia el 1 de enero de 2012, exige la presentación de un código de diagnóstico en todas las reclamaciones electrónicas 837P, incluyendo reclamaciones por servicios de ambulancia.

CMS ha decidido la adopción temprana de la versión 5010 del formato de reclamación electrónica 837P y lo implementará el 1 de enero de 2011. El

artículo de edición especial de *MLN Matters* ayuda a los proveedores de servicios de ambulancia que tienen planeado adoptar tempranamente el nuevo estándar, diciéndoles cómo presentar reclamaciones de manera electrónica, a la luz de los nuevos requisitos de reporte de código de diagnóstico. Los proveedores de servicios de ambulancia tendrán tres opciones para cumplir con los nuevos requisitos de reporte de diagnóstico.

Nota: La aplicación de los estándares de HIPAA 5010/D.0 comenzarán el 1 de julio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE1029.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1029

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: 21 de agosto o 11 de septiembre de 2012, visite <http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/143443.asp>

Facturación

Actualización trimestral de octubre a códigos HCPCS 2012 para acción de cumplimiento de SNF CB

Número de *MLN Matters*: MM7856

Número de petición de cambio relacionado: 7856

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de junio de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2484CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Los cambios observados en la petición de cambio (CR) 7856 permite el procesamiento correcto de reclamaciones bajo las provisiones de facturación consolidada del centro de enfermería especializada (SNF CB).

Para la actualización de octubre de 2012, el único cambio es la adición del código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) al archivo 1 de lista de codificación para SNF CB para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012:

- J9033 Inyección, bendamustine hcl, 1 mg

Los proveedores pueden solicitar que las facturas impactadas que fueron denegadas antes de la implementación de la CR 7856 sean reabiertas y reprocesadas por su contratista administrativo asignado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7856.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7856, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2484CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2484, CR 7856

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.

Documentación requerida cuando facture al modificador 24

Basado en tres recientes sondas generalizadas de servicios de evaluación y manejo de oficina (E/M), First Coast Service Options (FCSO) ha descubierto que el modificador 24 para servicios de E/M, cuando se facture dentro de un periodo de cirugía global, ha sido facturado incorrectamente al menos 60 por ciento del tiempo. Revisión clínica de la documentación demuestra que el modificador 24 o no estaba siendo respaldado por el encuentro, o fue aplicado inadecuadamente (i.e., un modificador diferente debió haber sido presentado).

Para manejar esta facturación indebida generalizada, FCSO está implementando una modificación de prepago el **16 de abril de 2012**, que será aplicado a reclamaciones de E/M de visitas de oficina (códigos 99201-99205 y 99212-99215) facturados con el modificador 24.

Reclamaciones

Para reclamaciones que contienen el modificador 24 recibidas a partir del 16 de abril, FCSO comenzará a desarrollar al proveedor a proveer documentación de respaldo que justifique el uso del modificador 24. Los proveedores deben responder dentro de un periodo de tiempo especificado incluido en la carta de explicación. Falta de presentación de la documentación a tiempo puede resultar en la denegación de una reclamación.

Reapertura

También efectivo el 16 de abril, FCSO ya no aceptará:

- Peticiones telefónicas a través de la respuesta de voz interactiva o un representante de servicio al cliente para añadir o cambiar el modificador 24 a una reclamación denegada previamente.
- Peticiones escritas o a través de fax (procesadas a partir del 16 de abril) para añadir o cambiar el modificador 24 sin documentación de respaldo. Se le enviará una notificación por escrito al proveedor que su petición no pudo ser completada.

(Continúa en la página siguiente)

Documentación... (Continuación)

Nuevas determinaciones

Nuevas determinaciones procesadas a partir del 16 de abril para añadir o cambiar el modificador 24 sin documentación de respaldo será afirmado.

Recursos educacionales

Se anima a los proveedores actualmente facturando servicios de E/M con el modificador 24 a revisar las pautas de Medicare según indicado en los manuales únicamente de Internet de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid, Publicación 100-04 Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare, Capítulo 12, Sección 30.6.6:

Las aseguradoras pagan por un servicio de evaluación y manejo que no sea atención para pacientes hospitalizados antes de la alta del hospital luego de cirugía (códigos *CPT 99221-99238*) si fue provisto durante el periodo postoperatorio de un procedimiento quirúrgico, proporcionado por el mismo médico que efectuó el procedimiento, facturado con el modificador *CPT “-24,”* y acompañado por documentación que respalde que el servicio no está relacionado al cuidado postoperatorio del procedimiento. Ellos no pagan por atención para pacientes hospitalizados que sea provisto durante la estadía en el hospital en el cual la cirugía fue realizada a menos que el doctor también esté tratando otra condición médica que no está relacionada a la cirugía. Todo el cuidado provisto durante la estadía de hospitalización en la cual ocurrió la cirugía es compensada a través del pago quirúrgico global.

Los siguientes cursos de entrenamiento basados en la web están disponibles en la [Universidad de FCSO](#) para ayudar a los proveedores a aprender sobre la facturación adecuada del modificador 24 así como también los requisitos de documentación para respaldar la necesidad y/o validez de su uso:

- “Introducción a cirugía Global”
- “Errores de documentación médica”
- “Solicitud de documentación médica”
- “Modificador 24”
- “Modificador 25”
- “Modificador 58”
- “Modificador 78”
- “Modificador 79”

Inscripción del Proveedor

Revisión de reclamaciones de proveedores que ordenan/refieren

Este artículo está diseñado para proveer educación en fases 1 y 2 de las modificaciones que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) efectuarán en ciertas reclamaciones presentadas por proveedores que refieren servicios a beneficiarios de Medicare. Esto incluye una lista de preguntas y respuestas relacionadas a las modificaciones y cómo impactarán a los proveedores.

Proveedores que ordenan o refieren artículos o servicios para beneficiarios de Medicare y no están registrados en el sistema Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS), deben presentar una solicitud de inscripción a Medicare. Esto puede hacerse por Internet usando el sistema PECOS o completando la solicitud de inscripción en papel impreso (CMS-855I).

Durante la fase 1 (comenzó el 5 de octubre de 2009), si el servicio facturado de la Parte B requiere un proveedor que refiere t el proveedor que refiere no está reportado en la reclamación; la reclamación no será pagada. Si el proveedor que refiere es reportado en la reclamación, pero no tiene un registro de inscripción actualizado en PECOS o no es de una especialidad que es elegible para ordenar y referir, la reclamación será pagada y el proveedor que factura recibirá un mensaje informativo en la remesa indicando que la reclamación falló las modificaciones del proveedor que refiere. El mensaje informativo indica que la identificación del proveedor que ordena/refiere es inválida, incompleta o del todo inexistente o que el proveedor que ordena/refiere no está facultado para hacerlo. El mensaje informativo en un ajuste de reclamación que no pase la revisión indicará que la reclamación/servicio carece de la información necesaria para su adjudicación.

Los mensajes informativos que están actualmente siendo devueltos en el código de comentario de la remesa de pago (*remittance advice remark code (RARC)*) son los siguientes:

(Continúa en la página siguiente)

Revisión... (Continuación)

- *N264: Missing/incomplete/invalid ordering provider name* (nombre del proveedor que ordena inválido/incompleto/ausente) -- si usted está recibiendo este RARC, es porque el nombre que figura en la reclamación no coincide con el nombre obtenido en el archivo de referencia del proveedor del sistema de Internet PECOS o el nombre no coincide exactamente con el archivo interno del proveedor de First Coast Service Options (FCSO). Asegúrese que los nombres están puestos en los campos de la reclamación apropiados. No incluya "MD," "DO," "Dr.," o "PhD" en el campo de nombre. Si el nombre contiene un apellido con comilla, éste debe ser puesto exactamente como lo está en PECOS o el archivo interno del proveedor de FCSO en el sistema de reclamaciones. No use segundo apellido o iniciales. Si la reclamación se hace en papel impreso, el nombre debe estar en el formato siguiente: "nombre, apellido paterno" en la casilla 17 del formulario de reclamación CMS-1500".
- *N265: Missing/incomplete/invalid ordering provider primary identifier* (identificador primario del proveedor que ordena, se encuentra inválido/incompleto/ausente) -- si usted está recibiendo este RARC, es porque el NPI del proveedor que ordena/refiere no se encuentra ya sea en el archivo PECOS o en nuestro archivo de referencias cruzadas. Asegúrese que el proveedor que ordena/refiere ha verificado su inscripción en PECOS o, al ser usted el proveedor que está cobrando, usted puede hacer esto usando el reporte de proveedor que ordena/refiere (vea en este artículo la sección de información adicional *Additional information*). Asegúrese que está presentando el NPI de una persona individual y no de una organización. Asegúrese que el proveedor que ordena/refiere es de la especialidad facultada para ordenar/referir servicios de beneficiarios de Medicare.

En fase 2 (fecha no ha sido anunciada), estos mensajes no serán más informativos sino que serán mensajes de rechazo y el proveedor que está cobrando no obtendrá pago alguno por los servicios prestados o por los artículos provistos en base a la orden o referencia. **Nota:** CMS le dará a la comunidad de proveedores al menos un aviso de 60 días antes de activar estas modificaciones.

Escenarios

Hay múltiples escenarios que el sistema revisa durante la fase de edición (fase 1). Éstos son los siguientes:

- Artículo/servicio no contiene orden/referencia exigida en la reclamación
 - Reclamación será rechazada
- Orden/referencia presente en la reclamación
 - Medicare verifica si orden/referencia está en PECOS en calidad de elegible
 - Si no está en PECOS, Medicare busca en el sistema de reclamaciones
 - Si no está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones
 - Continúa el proceso de reclamaciones
 - Proveedor/supridor recibe un mensaje de advertencia en el aviso de pago (RA)

Durante fase 1, aun cuando se ha detectado un problema, se continuará el proceso de la reclamación; sin embargo, el proveedor que está cobrando recibirá un mensaje advirtiéndole que una reclamación con este tipo de problema no será pagada durante fase 2, sino que en esta fase será rechazada (si el proveedor que ordena/refiere no ha emprendido la acción necesaria durante fase 1).

Información adicional

Para verificar si el proveedor que ordena/refiere tiene inscripción vigente en PECOS y pertenece a la especialidad autorizada a ordenar/referir servicios para beneficiarios de Medicare, usted debe revisar el archivo de proveedores que ordenan/refieren en el sitio web de CMS: <http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/MedicareProviderSupEnroll/MedicareOrderingandReferring.html>

Los primeros dos archivos de la sección *Download* de esta página de Internet contienen el identificador nacional del proveedor (NPI) y el nombre legal (apellido paterno, nombre) de todos los médicos y otros profesionales de la salud pertenecientes al tipo/especialidad legalmente autorizado a ordenar y referir dentro del programa Medicare y tienen registro vigente en Medicare (i.e., tiene registro de inscripción PECOS). Para poder abrir estos archivos, los usuarios deberán tener la versión más reciente de *Adobe Acrobat Reader* y/o *Excel*.

El enlace para el artículo *MLN Matters* es [SE1011](#).

[Haga clic aquí](#) para revisar las Preguntas frecuentes sobre el proveedor que refiere/remite.

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

Uso adecuado de los modificadores de asistente en cirugía e indicadores de pago

A First Coast Service Options, Inc. (FCSO) le gustaría recordarle a los proveedores dentro de la jurisdicción 9 (J9) sobre el uso apropiado de asistente en modificadores de cirugías y pago bajo el manual de tarifas fijas para médicos de Medicare (MPFS).

Un asistente en cirugía es un proveedor el cual activamente asiste al médico a cargo de un caso a efectuar un procedimiento quirúrgico. Un médico, enfermera practicante, asistente de médico o especialista en enfermería clínica que esté autorizado a proveer tales servicios bajo la ley estatal puede servir como asistente durante una cirugía.

Medicare considera enfermera graduada avanzada “advanced registered nurse practitioner” (ARNP), asistente de médico (PA), y especialista en enfermería clínica (CNS) como profesionales de la salud. Medicare no reconoce a una primera asistente de enfermera graduada “registered nurse first assistant” (RNFA) como un proveedor de Medicare calificado.

Para reportar servicios de un asistente de cirujano, los siguientes modificadores de la cirugía deben ser añadidos:

- 80 – Asistente de Cirujano: Este modificador pertenece a servicios *médicos* únicamente. Los servicios de un asistente de cirujano médico pueden ser identificados añadiendo el modificador 80 al código de procedimiento habitual. Este modificador describe un asistente de cirujano proveyendo asistencia completa al cirujano primario, y no está destinado para uso de proveedores que no son médicos.
- 81 – Asistente de Cirujano: Este modificador pertenece a servicios *médicos* únicamente. Asistencia quirúrgica mínima puede ser identificada añadiendo el modificador 81 al código de procedimiento habitual, y describe un asistente quirúrgico proveyendo asistencia mínima al cirujano primario. Este modificador no está destinado para uso de proveedores que no son médicos.
Nota: Este modificador es utilizado en la industria de seguro privado y no es comúnmente utilizado en la facturación de Medicare.
- 82 – Asistente de Cirujano (cuando un cirujano residente calificado no está disponible en un centro de enseñanza): Este modificador aplica a servicios *médicos* únicamente. La indisponibilidad de un cirujano residente calificado es un prerrequisito para utilizar este modificador y el servicio debe haber sido efectuado en un centro de enseñanza. La circunstancia explicando que un cirujano residente no estuvo disponible debe ser documentada en el registro médico. Este modificador no está destinado para uso de proveedores que no son médicos.
- AS – Proveedor que no es médico como asistente en cirugía: Este modificador aplica cuando el asistente en servicios de cirugía son provistos por un PA, ARNP o CNS.

Información de pago

Medicare reembolsa servicios prestados para asistente en cirugía por un médico desempeñando como asistente de cirugía al 16 por ciento de la cantidad de MPFS. Servicios rendidos para asistente en cirugía por proveedores que no son médicos son reembolsados al 85 por ciento de 16 por ciento (i.e., 13.6 por ciento) de la cantidad de MPFS.

Cuando se reporten servicios provistos por profesionales de la salud actuando como asistentes en cirugía, añada el modificador AS para el código de procedimiento utilizado para reportar el servicio del cirujano.

Si un médico añade el modificador AS a códigos de procedimiento para los cuales él/ella actuó como asistente en cirugía, estos códigos serán denegados (ver arriba para modificadores que deben ser utilizados por médicos).

Base de datos del manual de tarifa fija de Medicare (MPFSDB) indicadores de pago para asistente en cirugía

El MPFSDB es un archivo de diseño que las aseguradoras y los A/B MAC utilizan para mostrar la cantidad total de tarifa fija, partes componentes relacionadas, e indicadores de políticas de pago. El asistente en el indicador de pago de cirugía describe cuando el asistente en cirugía pueden ser pagados o no. Los indicadores válidos son:

- 0 = Restricción de pago para asistentes en cirugía aplica a este procedimiento a menos de que documentación de apoyo sea presentada para establecer necesidad médica.
- 1 = Restricción de pago estatutario para asistentes en cirugía aplican a este procedimiento. Asistente en

(Continúa en la página siguiente)

Uso adecuado... (Continuación)

cirugía no puede ser pagado.

- 2 = Restricción de pago para asistentes en cirugía no aplica a este procedimiento. Asistente en cirugía puede ser pagado.
- 9 = El concepto no aplica.

Si múltiples servicios son presentados con modificadores indicando asistentes en cirugía, cada servicio es revisado independientemente (basado en los indicadores listados arriba) para determinar el pago.

Para información adicional relacionada al MPFSDB <http://www.cms.gov/apps/physician-fee-schedule/overview.aspx>.

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 de julio 2012 del sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*: MM7854 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7854

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de junio de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2491CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7854 describe cambios a e instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) de julio 2012. La CR 7854 también está implementando siete códigos de categoría III *Current Procedural Terminology*, en la cual cinco de los siete códigos se pagan por separado bajo el sistema de pago ASC.

La política bajo el sistema de pago ASC requiere que las tarifas de pago de ASC para medicinas y productos biológicos cubiertos pagados por separado sean consistente con las tarifas de pago bajo el sistema de pago prospectivo ambulatorio de hospital de Medicare. Esas tarifas son actualizadas trimestralmente.

Actualizaciones clave incluyen:

- Instrucciones para dispositivo transferible categoría C1840
- Facturación de medicinas, productos biológicos y radiofármacos

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7854.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7854, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2491CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2491, CR 7854

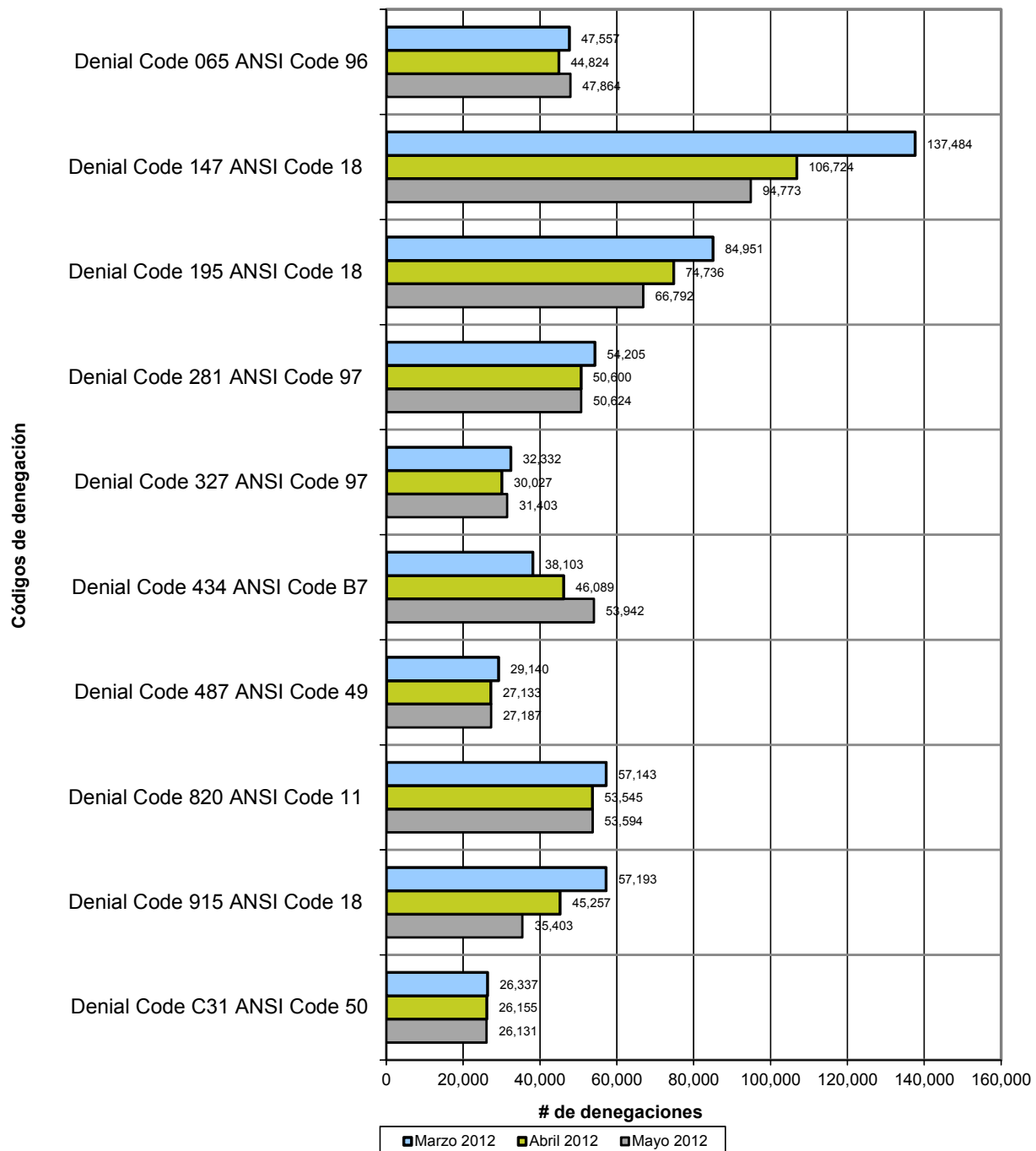
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 marzo-mayo 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 marzo a mayo 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

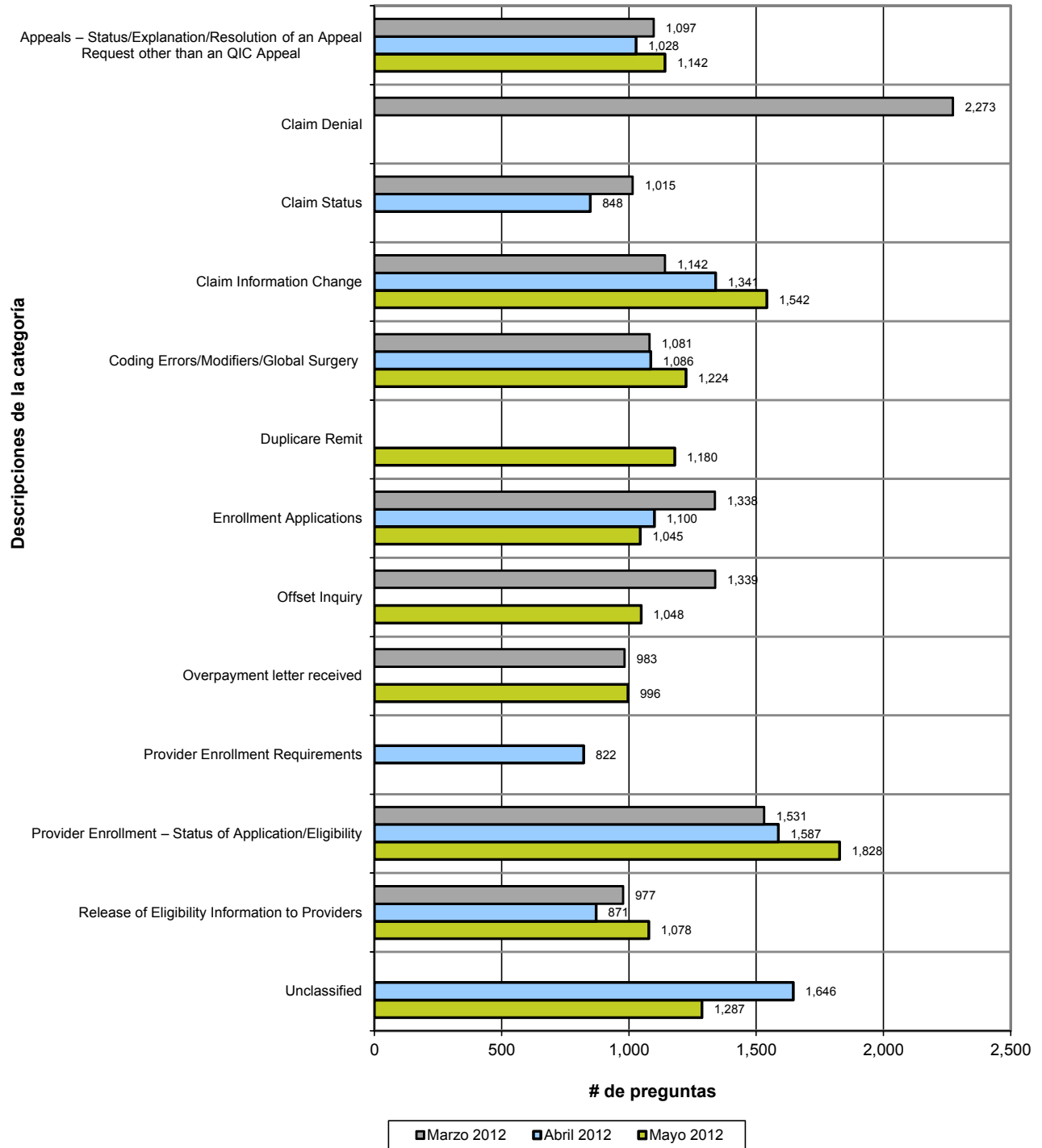
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Denegaciones de Parte B más frecuentes en marzo-mayo de 2012



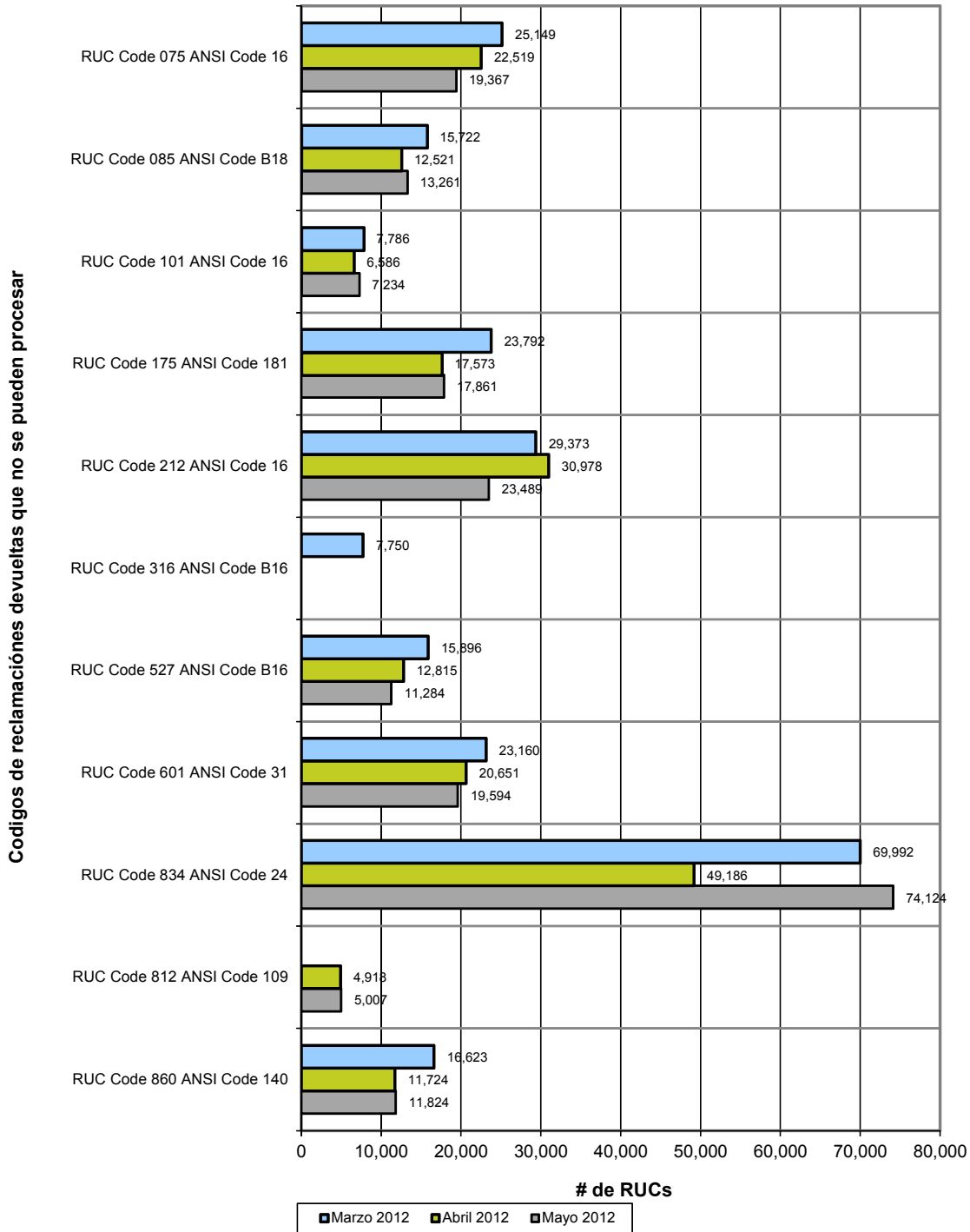
Gráficos.. (Continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en marzo-mayo de 2012



Gráficos.. (Continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en marzo-mayo 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://www.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://www.medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

| | |
|--|----|
| J9001: Doxorubicin liposomal (Doxil®) | 36 |
| J0881: Erythropoiesis stimulating agents | 36 |
| IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF) | 37 |
| NCSVCS: Noncovered services - reemplazo de código | 37 |
| NCSVCS: Noncovered services | 38 |
| J9310: Rituximab (Rituxan®) | 38 |
| SKINSUB: Skin substitutes..... | 39 |
| VISCO: Viscosupplementation therapy for knee | 39 |

Información Médica Adicional

| | |
|--|----|
| Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) | 40 |
|--|----|

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

J9001: Doxorubicin liposomal (Doxil®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29157 (Florida)

Identificador de LCD: L29419 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil®) fue recientemente revisada el 24 de abril de 2012. Desde entonces, las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “CPT/HCPCS Codes” de la LCD fueron revisadas basadas en las peticiones de cambio 7831, 7844, y 7854. La LCD fue revisada para remover el código HCPCS J9001 y reemplazarlo con el nuevo código HCPCS Q2048 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, doxil, 10 MG). En adición, los códigos HCPCS J9999 y C9399 fueron removidos y reemplazados con el nuevo código HCPCS Q2049 (Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, imported lipodox 10mg). También, el “Contractor’s Determination Number” J9001 fue cambiado a Q2048 y el “Título de la LCD” fue cambiado a Doxorubicin, Liposomal (Doxil/Lipodox).

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

J0881: Erythropoiesis stimulating agents – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29168 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para erythropoiesis stimulating agents fue revisada recientemente el 23 de agosto de 2011. Desde entonces, basado en las peticiones de cambio 7831 y 7844, la LCD fue revisada para añadir el código HCPCS Q2047 [Injection, peginesatide, 0.1 mg (para ESRD en diálisis)] a la sección “códigos CPT/HCPCS” de la LCD. Las secciones “Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica”, “códigos ICD-9 que apoyan la necesidad médica” y “pautas de utilización” de la LCD también fueron actualizadas según la etiqueta del Food and Drug Administration (FDA). En adición, la sección “recursos de información y bases para decisión” de la LCD y el archivo adjunto de las “pautas de codificación” de la LCD fueron actualizados.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

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

El suplemento de “Pautas de Codificación” de la determinación de cobertura local (LCD) para centros de pruebas de diagnóstico independientes (IDTF) fue recientemente revisado el 23 de febrero de 2012. Desde entonces, el suplemento de “Pautas de Codificación” ha sido revisado en la tabla de “Credentialing Matrix”.

Revisiones incluyen lo siguiente:

- El “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” ha sido revisado para que los códigos CPT® 95860, 95861, 95863, 95864, 95867, 95868, 95869, 95870, 95885, 95886, y 95887 lean: Neurólogo certificado por la junta (ABMS) o especialista de medicina física y rehabilitación (PMR) certificado por la junta (ABMS) con certificación adicional por: a) American Board of Electrodiagnostic Medicine, b) Clinical Neurophysiology, o c) American Board of Neurophysiology o un terapeuta físico que haya sido certificado por American Board of Physical Therapy Specialties (ABPTS) como un especialista clínico electrofisiológico cualificado y se le permite proporcionar el servicio bajo la ley estatal.
- El “Technician Qualification Requirements” ha sido revisado para que los códigos CPT® 95860, 95861, 95863, 95864, 95867, 95868, 95869, 95870, 95885, 95886, y 95887 lean: Debe ser ejecutado por el médico de interpretación cualificado.

Fecha efectiva

Esta revisión al suplemento de “pautas de codificación” de la LCD es efectivo para servicios prestados **a partir del 29 de mayo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.asp>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

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

NCSVCS: Noncovered services – revisión para eliminar el código HCPCS C9732 y reemplazarlo con el código CPT® 0308T, y eliminar el código CPT® 66999

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada recientemente el 12 de junio de 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada para eliminar el código HCPCS C9732 y reemplazarlo con el código CPT® 0308T bajo la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures” de la LCD basado en los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) transmisión 2481, petición de cambio (CR) 7844, con fecha del 1 de junio de 2012, (actualización de julio a la base de datos del Medicare Physician Fee Schedule [MPFSDB] del CY 2012) y CMS transmisión 2479, CR 7854, con fecha del 25 de mayo de 2012, (actualización de julio 2012 del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio [ASC]). En adición, el código CPT® 66999 (cuando es facturado por los lentes, intraocular (telescopico)/ “implantable miniature telescope” [IMT]) (servicios médicos solamente) bajo la sección “códigos CPT/HCPCS, Local Noncoverage Decisions-Devices” de la LCD y el código CPT® 66999 (cuando son facturados por la inserción de la prótesis del telescopio ocular incluyendo la remoción del lente cristalino) (servicios médicos solamente) bajo la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures” de la LCD fueron ambos removidos.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 2 de julio de 2012**, para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

NCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) por servicios no cubiertos fue revisada en su mayoría el 12 de junio de 2012. En una publicación anterior (March 2012 Connection), First Coast Service Options Inc. publicó la siguiente verbosidad basado en la petición de cambio (CR) 7610, transmisión 2402 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), con fecha del 26 de enero de 2012.

“La sección “Códigos CPT/HCPCS, Decisiones de no cobertura local – procedimientos de laboratorio” de la LCD fue revisada para añadir el siguiente lenguaje (No médicamente razonable y necesario excepto cuando es facturado con diagnóstico V74.5 o V73.89) para CPT® y eliminar el código CPT® 66999 códigos 87270 y 87320.”

Desde entonces se determinó que el diagnóstico V73.89 no es un diagnóstico aplicable para códigos CPT® 87270 y 87320. Por lo tanto, diagnóstico V73.89 ha sido removido de la sección “códigos CPT/HCPCS, Decisiones de no cobertura local – Procedimientos de laboratorio” de la LCD para códigos CPT® 87270 y 87320.

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 2 de julio de 2012**, para servicios prestados **a partir del 8 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

J9310: Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29271 (Florida)

Identificador de LCD: L29472 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) fue recientemente revisada el 19 de abril de 2011. Desde entonces, revisiones fueron hechas bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. Bajo esta sección, la siguiente indicación fue añadida a las indicaciones fuera de la etiqueta: “Terapia de segunda línea o de rescate con o sin terapia de radiación (RT) antes del rescate de células madre autólogas para enfermedad progresiva o recaída de la enfermedad en pacientes inicialmente tratados con quimioterapia con o sin RT en combinación con bendamustine. También, un subtítulo de nuevas “Limitaciones” fue añadido referenciando consideración individual para esclerosis múltiple (código ICD-9-CM 340). Bajo esta nueva sección de “Limitations” de la LCD, lenguaje fue dado indicando los registros médicos pueden ser requeridos para revisión de prepago cuando el código de diagnóstico 340 es facturado por rituximab (Rituxan®). En adición, la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para añadir el rango de código de diagnóstico 201.40-201.48 (Hodgkin disease, lymphocytic-histiocytic predominance), y la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD también fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 8 de junio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

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

SKINSUB: Skin substitutes – Revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29279 (Florida)

Identificador de LCD: L29393 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para skin substitutes (injertos de piel) fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se hizo una revisión a la LCD basado en la petición de cambio 7854, transmisión 2479, (actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio [ASC] de julio 2012), con fecha del 25 de mayo de 2012, emitido por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Después de evaluación adicional de los códigos HCPCS C9368 (Grafix core, per square centimeter) y C9369 (Grafix prime, per square centimeter) se tomó la decisión de añadir los códigos HCPCS C9368 y C9369 a la sección de “códigos CPT/HCPCS” de la LCD bajo la subsección “Los siguientes códigos HCPCS no son pagables separadamente y son considerados productos no médicamente razonables y necesarios.”

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de julio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

VISCO: Viscosupplementation therapy for knee–revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29307 (Florida)

Identificador de LCD: L29408 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia viscosuplementación para la rodilla fue recientemente revisada el 1 de enero de 2010. Desde entonces, la LCD fue revisada para añadir el código HCPCS J7326 (Hyaluronan o derivativo, Gel-One, para inyección intraarticular, por dosis) a los “Códigos CPT/HCPCS” y las secciones de “Utilization Guidelines” de la LCD. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 13 de agosto de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Listas de medicamentos

Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) – Parte B: J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones a contratistas sobre el pago de Medicare para medicamentos y productos biológicos como parte del servicio médico. Las instrucciones también le proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente auto-administrado y por lo tanto, no cubierto por Medicare. Pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos auto-administrados inyectables excluidos como parte del servicio médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2*.

Efectivo para servicios prestados **a partir del 6 de agosto de 2012**, el siguiente medicamento ha sido añadido a la lista SAD de la Parte A MAC J-9.

- C9399 /J3490/ J3590 – Injection, Exenatide extended release for injectable suspension [Bydureon™]

La evaluación de medicamentos para añadir a la lista de medicamentos auto-administrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables por monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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