

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Julio 2012



Suplidores de rayos X portátiles facturando por costos de transportación e instalación

Recientemente, Safeguard Services LLC, el Zone Program Integrity Contractor (ZPIC) para Florida encontró que una gran cantidad de suplidores de rayos X portátiles en Florida han presentado reclamaciones para HCPCS códigos Q0092 (instalación de equipo portátil de rayos X), R0070 (transportación de equipo portátil de rayos X y personal para hogar u hogar de ancianos, por viaje al centro de la localidad, un paciente visto) y R0075 (transportación de equipo portátil de rayos X y personal para hogar u hogar de ancianos, por viaje al centro de la localidad, más de un paciente visto) que puede ser facturado inadecuadamente. Análisis de información de reclamaciones revela que a la mayoría de los suplidores se les paga más por instalación y transportación de equipo que por el servicio de rayos X a ser provisto.

Las pautas de Medicare para suplidores de rayos X portátiles del **Manual de integridad del programa de Medicare, Capítulo 10** declara lo siguiente:

- Según declarado en Pub, 100-07, capítulo 2, sección 2422, la "residencia utilizada como el hogar del paciente" puede incluir un SNF u hospital que no provee servicios de rayos X para sus pacientes y organiza estos servicios a través de un PXRS, tal como una unidad móvil. Sin embargo la unidad móvil no puede estar fija en ninguna localidad o estar permanentemente localizada en un SNF u hospital.

En esta edición

Reporte de recuperación de sobrepago en el ERA.....	3
Servicios de rehabilitación pulmonar.....	4
Cobertura de 'extracorporeal photopheresis'	4
Desperdicio de medicamentos	7
Ratios SSI para FY 2006-2009.....	10
Nuevas pruebas con dispensa	16
Recordatorio de la importancia de codificación correcta del lugar de servicio.....	17

El suplidor tiene que "transportar" el equipo a ser pagado por el servicio de transportación. En adición a la política anteriormente mencionada, el **Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare, Capítulo 13** declara lo siguiente:

- **90.3-Componente de transportación (HCPS Códigos R0070-R0076)(Rev.343, emitido: 10-29-04, Efectivo: 04-01-05, implementación: 04-04-05)**
Las aseguradoras deben permitir solo un pago de transportación por cada viaje que el suplidor de rayos X portátiles haga para una localidad en particular. Cuando se le toman rayos X a más de un paciente de Medicare en la misma localización, por ejemplo, un hogar de ancianos, proratee el único costo fijo de transportación entre todos los pacientes recibiendo los servicios. Por ejemplo, si dos pacientes en la misma localidad reciben rayos X, haga mitad del costo de transportación para cada uno. R0075 debe ser facturado en conjunto con los códigos de radiología CPT (70000 series) y solo cuando el equipo de rayos

(Continúa en la página 18)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Reporte de recuperación de sobrepago en el ERA	3
Servicios de rehabilitación pulmonar	4
Cobertura de 'extracorporeal photopheresis'	4
J0490 Benlysta (belimumab)	5
J9315 Istodax (romidepsin)	5
J9999/C9399 Eleyso (taliglucerase alfa)	6
J9999/C9399 Kyprolis (carfilzomib)	6
J9999/C9399 Perjeta (pertuzumab)	7
Facturación y cobertura para el desperdicio de medicamentos	7

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos	8
-----------------------------------	---

Parte A

Actualización a tarifas de pago de hospicio, límite, índice de salarios y Pricer 2013	9
Ratios SSI para FY 2006-2009	10

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	11
---	----

Ordenar materiales de Parte A	14
--	----

Contactos Parte A de Puerto Rico	15
---	----

Parte B

Nuevas pruebas con dispensa	16
Uso apropiado de asistente en modificadores de cirugía - clarificación	16
Recordatorio de la importancia de codificación correcta del lugar de servicio	17

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	19
---	----

Ordenar materiales de Parte B	22
--	----

Contactos Parte B de Puerto Rico	23
---	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 7
Julio 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. FCSSO 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

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

Número de *MLN Matters*: MM7499 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7499

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de julio de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1101OTN

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7499, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1101OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20 One-time notification, Transmittal 1101, CR 7499

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

Cobertura General

Servicios de rehabilitación pulmonar

Número de *MLN Matters*: MM6823 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6823
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R124BP y R1966CP
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Las Mejoras de Medicare para el Patients and Providers Act (MIPPA) de 2008 añadió mejoras de pago y cobertura para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) **moderada a bien severa** y otras condiciones y ahora provee un beneficio cubierto para un programa de rehabilitación pulmonar comprensivo (PR) bajo Medicare Parte B efectivo el 1 de enero de 2010.

PR es un programa multidisciplinario de cuidado para pacientes con impedimento respiratorio crónico que son sintomáticos y frecuentemente han disminuido sus actividades de vida diaria.

Medicare pagará por hasta dos sesiones de una hora por día, por hasta 36 sesiones de PR de por vida (en algunos casos, hasta 72 sesiones de por vida). El programa PR debe incluir ciertos componentes mandatorios descritos en el artículo de *MLN Matters*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6823.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6823, 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/R124BP.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1966CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 124, CR 6823 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 1966, CR 6823

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 de ‘extracorporeal photopheresis’

Número de *MLN Matters*: MM7806 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7806
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2012
 Fecha de efectividad: 30 de abril de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R143NCD y R2494CP
 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 clínico que esté en un estudio de investigación aprobado); y

(Continúa en la página siguiente)

Cobertura... (continuación)

- 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/MLN MattersArticles/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/transmittals/downloads/R143NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2494CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 143, CR 7806 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2494, 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.

J0490 Benlysta® (belimumab)

Benlysta® (belimumab) es indicado para el tratamiento de pacientes adultos con auto anticuerpos positivos, activos de lupus eritematoso sistémico (SLE) quienes están recibiendo terapia estándar. Benlysta® fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 9 de marzo de 2011.

Benlysta® es suministrado como un polvo liofilizado esterilizado, sin preservativos para reconstitución, dilución, e infusión intravenosa provista en frascos de un solo uso con un tapón de goma libre de látex y un sello "flip-off". Cada frasco de 5-mL contiene 120 mg de belimumab. Cada frasco de 20-mL contiene 400 mg de belimumab. Según aprobado por la FDA, el regimiento de dosis recomendada para belimumab es 10 mg/kg en intervalos de 2 semanas por las primeras 3 dosis y en intervalos de 4 semanas después de eso.

En la ausencia de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es auto administrado por indicación de la FDA cuando administrado por el servicio de un médico o en un ambiente de hospital. El registro médico tiene que documentar claramente y respaldar el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, utilizando el código ICD-9-CM adecuado 710.0, así como también la etiqueta de la FDA relacionada a la administración adecuada de este medicamento.

J9315 Istodax® (romidepsin)

Istodax® (romidepsin) es un inhibidor de histone deacetylase (HDAC) indicado para tratamiento de cutaneous T-cell lymphoma (CTCL) en pacientes quienes han recibido al menos una terapia sistémica previamente o tratamiento peripheral T-cell lymphoma (PTCL) en pacientes quienes han recibido al menos una terapia previa. Istodax® fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para CTCL el 5 de noviembre de 2009, y para PTCL el 16 de junio de 2011.

Istodax® se suministra como un kit el cual incluye un polvo esterilizado, liofilizado en un frasco de un solo uso que contiene 10 mg de romidepsin y 20 mg del agente de carga, povidone, USP. En adición, cada kit incluye 1 frasco esterilizado que contiene 2 mL (volumen deliberado) del Diluyente compuesto de 80% propylene glycol, USP, y 20% dehydrated alcohol, USP. Según aprobado por la FDA, la dosis recomendada de romidepsin es 14 mg/m administrada por vía intravenosa en un periodo de 4 horas en los días 1, 8, y 15 de un ciclo de 28 días. Los ciclos deben ser repetidos cada 28 días siempre y cuando el paciente continúe beneficiándose y tolerando el medicamento.

En la ausencia de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es auto administrada por indicación de la FDA cuando son administradas por servicios de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico tiene que documentar claramente la terapia anterior del paciente y respaldar el diagnóstico de cutaneous T-cell lymphoma o peripheral T-cell lymphoma, utilizando el código de diagnóstico ICD-9-CM adecuado de 202.10–202.28 o 202.60-202.88 (Otros tumores malignos de tejido linfoide e histiocítico) y guía de FDA para uso así como también la administración.

J9999/C9399 Elelyso™ (taliglucerase alfa)

Elelyso™ (taliglucerase alfa) para inyección es una enzima “hydrolytic lysosomal glucocerebrosidase-specific” indicada para terapia de reemplazo de encima a largo plazo (ERT) para adultos con un diagnóstico confirmado de la enfermedad de Gaucher tipo 1. Elelyso™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 1 de mayo de 2012.

Elelyso™ (taliglucerase alfa) está disponible como un polvo liofilizado de 200 unidades en un frasco de un solo uso. Según aprobado por la FDA, la dosis recomendada es 60 Units/kg administrada cada dos semanas como una infusión intravenosa de 60-120 minutos.

En la ausencia de una determinación de cobertura

nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es auto administrado por la indicación de la FDA cuando es administrado como resultado de un servicio médico o en ambiente de hospital. El registro médico debe documentar claramente la historia del paciente y el régimen de tratamiento previo y la progresión relacionada a la enfermedad Gaucher tipo 1. El registro mi registro médico del paciente debe también respaldar el diagnóstico de la enfermedad de Gaucher tipo 1 utilizando el código ICD-9-CM adecuado de 272.7 (Lipidoses) y la guía de FDA para su uso así como también su administración.

J9999/C9399 Kyprolis™ (carfilzomib)

Kyprolis™ (carfilzomib) para inyección, un inhibidor de “proteasome”, está aprobado para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple quienes han recibido al menos dos terapias anteriormente, incluyendo “bortezomib” y un agente inmunomodulatorio, y ha demostrado progresión de la enfermedad en o dentro de 60 días de haber terminado la última terapia. Kyprolis™ fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 20 de julio de 2012.

Kyprolis™ (carfilzomib) para inyección es suministrada en un frasco de un solo uso empacado individualmente que contiene una dosis de 60mg de carfilzomib como un polvo liofilizado blanco o blancuzco. Kyprolis™ es administrada por vía intravenosa durante dos a diez minutos, en dos días consecutivos, cada semana por tres semanas (días 1, 2, 8, 9, 15, y 16), seguido por un periodo de 12 días (días 17 al 28). Cada periodo de 28 días es considerado un ciclo de tratamiento. Según aprobado por la FDA, la dosis recomendada para el ciclo 1 es 20 mg/m². Si es tolerada en el ciclo 1, la dosis debe ser escalada a 27 mg/m² comenzando en el ciclo 2 y continuar a 27 mg/m² en los ciclos subsiguientes.

En la ausencia de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es auto administrada por la indicación de la FDA cuando es administrada como resultado de un servicio médico o en ambiente de hospital. El registro médico debe documentar claramente los regímenes anteriores de quimioterapia del paciente, progresión de la enfermedad y área de superficie del cuerpo. El registro médico del paciente debe también respaldar el diagnóstico de mieloma múltiple, utilizando los códigos ICD-9-CM apropiados de 203.00 (mieloma múltiple, sin mencionar haber logrado la remisión/no remisión) o 203.02 (mieloma múltiple, en recaída) y guía de FDA para su uso así como también su administración.

Nunca se pierda una fecha límite de apelaciones nuevamente

Quando se trata de presentar solicitudes de apelación de reclamaciones, *puntualidad lo es todo*. No se preocupe – no necesitará su calendario de escritorio para contar los días a la fecha límite de envío. Pruebe nuestras nuevas calculadoras de “tiempo límite” en nuestra página de apelaciones de decisiones de reclamaciones. Cada calculadora *calculará automáticamente* cuando usted debe enviar su solicitud basado en la fecha de la determinación inicial de la reclamación o el nivel de apelación anterior.



J9999/C9399 Perjeta™ (pertuzumab)

Perjeta™ (pertuzumab) es un antagonista receptor de HER2/neu indicado en combinación con trastuzumab y docetaxel para el tratamiento de pacientes con cáncer del seno metastático HER2-positivo que no han recibido terapia anti-HER2 anteriormente o quimioterapia para enfermedad metastática. Perjeta™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 8 de junio de 2012.

Perjeta™ es suministrada como un frasco para un solo uso de 420mg/mL (30mg/mL) que contiene soluciones sin preservativos. Según aprobado por la FDA, el régimen de la dosis inicial recomendada para pertuzumab es 840mg administrado como una infusión intravenosa de 60 minutos, seguido cada 3 semanas a partir de entonces por una dosis de 420 mg administrado como una infusión intravenosa durante 30 a 60 minutos.

Cuando se administra con Perjeta™, la dosis inicial recomendada de trastuzumab es 8 mg/kg administrada como una infusión intravenosa de 90 minutos, seguido cada 3 semanas a partir de entonces por una dosis de 6 mg/kg administrada como una infusión intravenosa durante 30 a 90 minutos.

Cuando se administra con Perjeta™, la dosis inicial recomendada de docetaxel es 75 mg/m administrada como una infusión intravenosa. La dosis puede aumentarse a 100 mg/m administrada cada 3 semanas si la dosis inicial es bien tolerada.

En la ausencia de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar cobertura de un medicamento que usualmente no es auto administrado por indicación de la FDA cuando es administrado como resultado de un servicio médico o en ambiente de hospital. El registro médico debe documentar claramente que el paciente tiene cáncer del seno metastático HER2-positivo y cuál agente de quimioterapia está siendo utilizado en combinación con pertuzumab. El registro médico del paciente tiene que también respaldar el diagnóstico de cáncer del seno metastático, utilizando el código ICD-9-CM adecuado de 174.0-174.9 (tumor maligno del seno femenino) o 175.0-175.9 (tumor maligno del seno masculino) y guía de la FDA para su uso así como también su administración.

Facturación y cobertura para el desperdicio de medicamentos

First Coast Service Options Inc. (FCSO) considerará el pago para la porción no utilizada y descartada de un producto biológico/medicamento de un solo uso luego de la administración de la dosis adecuada (razonable y necesario) para la condición del paciente. Esto aplica a medicamentos con precios a través del programa biológico /medicamento de Average Sales Price (ASP). Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) recomienda a los médicos, hospitales y otros proveedores para proveer terapia de medicamento inyectable como resultado de los servicios de un médico de una manera que maximice la eficiencia de terapia de manera clínicamente adecuada. Si un médico, hospital, u otro proveedor tiene que descartar la porción no utilizada de un frasco de un solo uso u otro empaque de un solo uso luego de administrar una dosis/cantidad adecuada al contexto clínico para un beneficiario de Medicare, el programa provee pago por la porción entera de un medicamento o producto biológico indicado en el frasco o etiqueta de empaque.

Si menos de un frasco completo es administrado al tiempo de servicio, y la porción no utilizada es descartada, se debe documentar desperdicio de medicamento en el registro médico del paciente con la fecha, hora y cantidad de desperdicio. Después de la revisión, cualquier discrepancia entre la cantidad administrada al paciente y la cantidad facturada será denegada, a menos de que el desperdicio sea claramente documentado. La cantidad facturada como "desperdicio" no debe ser administrada a otro paciente o facturada otra vez a Medicare. *Todos los procedimientos para el almacenamiento de drogas, reconstitución y administración deben ajustarse a pautas aplicables del Federal Drug Administration (FDA) y el ámbito de práctica del proveedor.*

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

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

Evaluación y manejo: Encuentre el código que se ajusta al servicio

Cuando: 29 de agosto de 2012
 Hora: 11:00 a.m.-1:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Septiembre de 2012

Clase de PECOS basado en Internet (A/B)

Cuando: 11 de septiembre de 2012
 Hora: 8:00 a.m.-mediodía 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

Octubre de 2012

Medicare Parte A Cambios y regulaciones de Medicare

Cuando: 9 de octubre de 2012
 Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

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 a tarifas de pago de hospicio, límite, índice de salarios y el Pricer para el FY 2013

Número de *MLN Matters*: MM7857
Número de petición de cambio relacionado: 7857
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de julio de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2497CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7857 provee la actualización anual a las tarifas de pago del hospicio, índice de salarios de hospicio y Pricer para el año fiscal (FY) 2013, y la actualización anual de la cantidad del límite de hospicio para el límite del año 2013.

Las tarifas de pago del FY 2013 serán las tarifas de pago del FY 2012 aumentadas en 1,6 puntos porcentuales, la cual es la actualización final de la canasta del mercado de hospital para el FY 2013 (2.6 por ciento) menos un ajuste de productividad de 0.7 por ciento, menos 0.3 por ciento según el Affordable Care Act. La cantidad límite de hospicio más reciente para el límite de año que termina el 31 de octubre de 2012, es \$25,377.01. La notificación del índice de salarios de hospicio para el FY 2013 será efectiva el 1 de octubre de 2012, y será publicada en el *Federal Register* antes de esa fecha.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7857.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7857, 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/R2497CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2497, CR 7857

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

Ratios SSI para FY 2006-2009 para hospitales IPPS, los IRF y hospitales de cuidado a largo plazo

Número de *MLN Matters*: SE1225

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) ha publicado los ratios de seguridad de ingreso suplementario (SSI) para los años fiscales (FY) 2006, 2007, 2008, y 2009 al sitio web de CMS en formato descargable. Este artículo está diseñado para proveer educación sobre cómo los ratios de SSI son calculados para sistemas de pago prospectivo de pacientes hospitalizados (IPPS) para hospitales, centros de rehabilitación hospitalaria (IRF), y hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH), según indicado en la resolución de CMS No. CMS-1498-R del 28 de abril de 2010. Incluye información sobre cómo proveedores pueden obtener data utilizada para calcular su FY 2006 a través de los ratios SSI del FY 2009 y cómo los contratistas de Medicare planifican resolver el atraso de los informes de costo pendientes de ratios SSI.

- Los ratios SSI del sistema de pago prospectivo de hospitalización (IPPS) están localizados en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/dsh.html>;
- Los ratios SSI del centro de rehabilitación hospitalario (IRF) están localizados en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/InpatientRehabFacPPS/SSIData.html>; y
- Los ratios SSI de hospital de cuidado a largo plazo (LTCH) están localizados en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/LongTermCareHospitalPPS/download.html>.

A los proveedores que están interesados en obtener la data utilizada para calcular sus ratios SSI de FY 2006-FY 2009 se les anima a presentar una carta de solicitud junto con un acuerdo de uso de data de parte desproporcionada (DSH).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1225.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1225

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.



Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

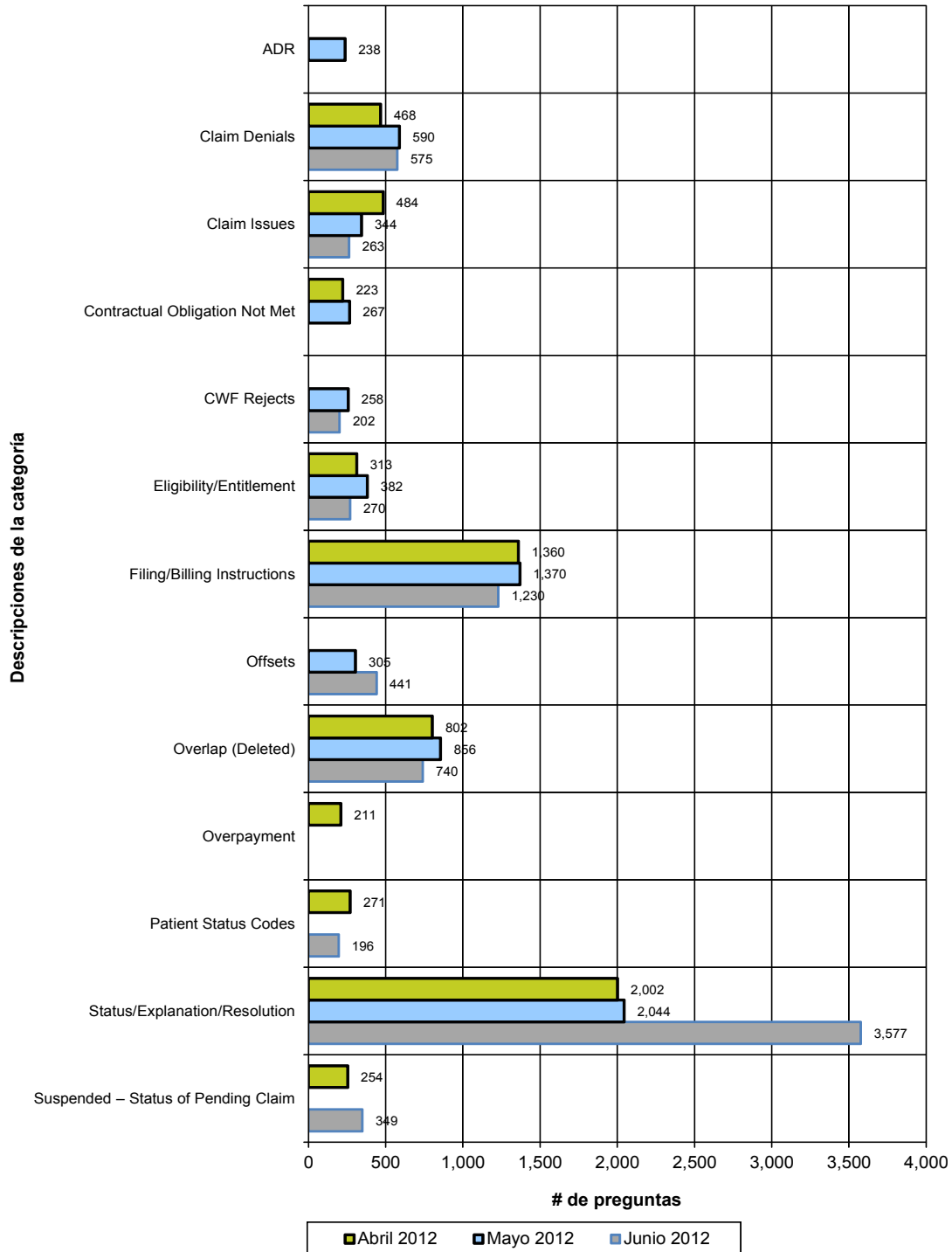
¿Quién tiene el poder para mejorar su precisión y eficiencia de facturación? Usted – visite la sección de *Improve Your Billing* donde descubrirá las herramientas que necesita para aprender a como siempre facturar a Medicare correctamente – la primera vez. Usted encontrará los recursos de auto auditoría más populares de FCSO, incluyendo la hoja de cálculos interactiva de E/M, el reporte de resumen de data del proveedor (PDS), y el reporte de facturación comparativo (CBR).

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en abril-junio 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 abril a junio 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

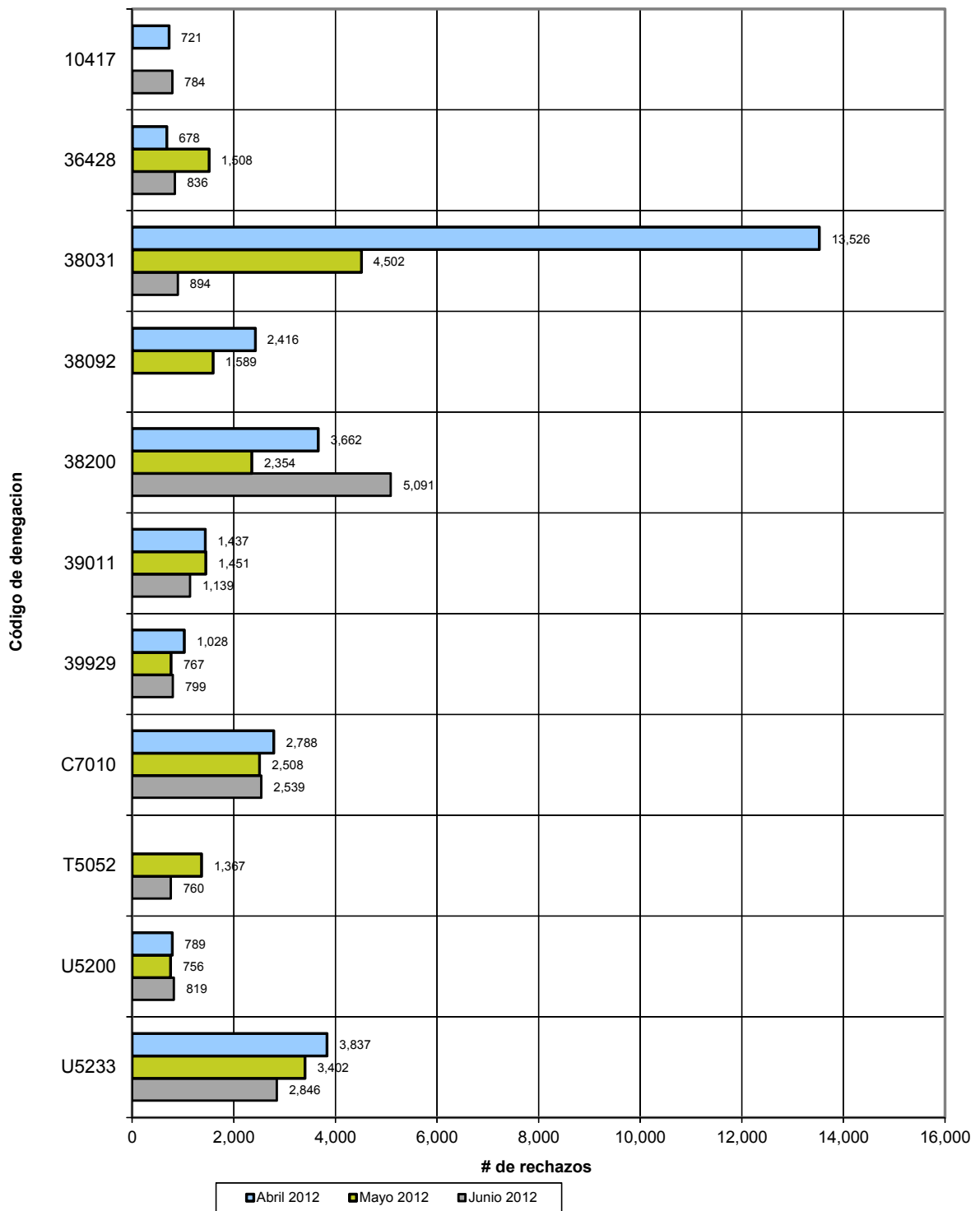
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

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



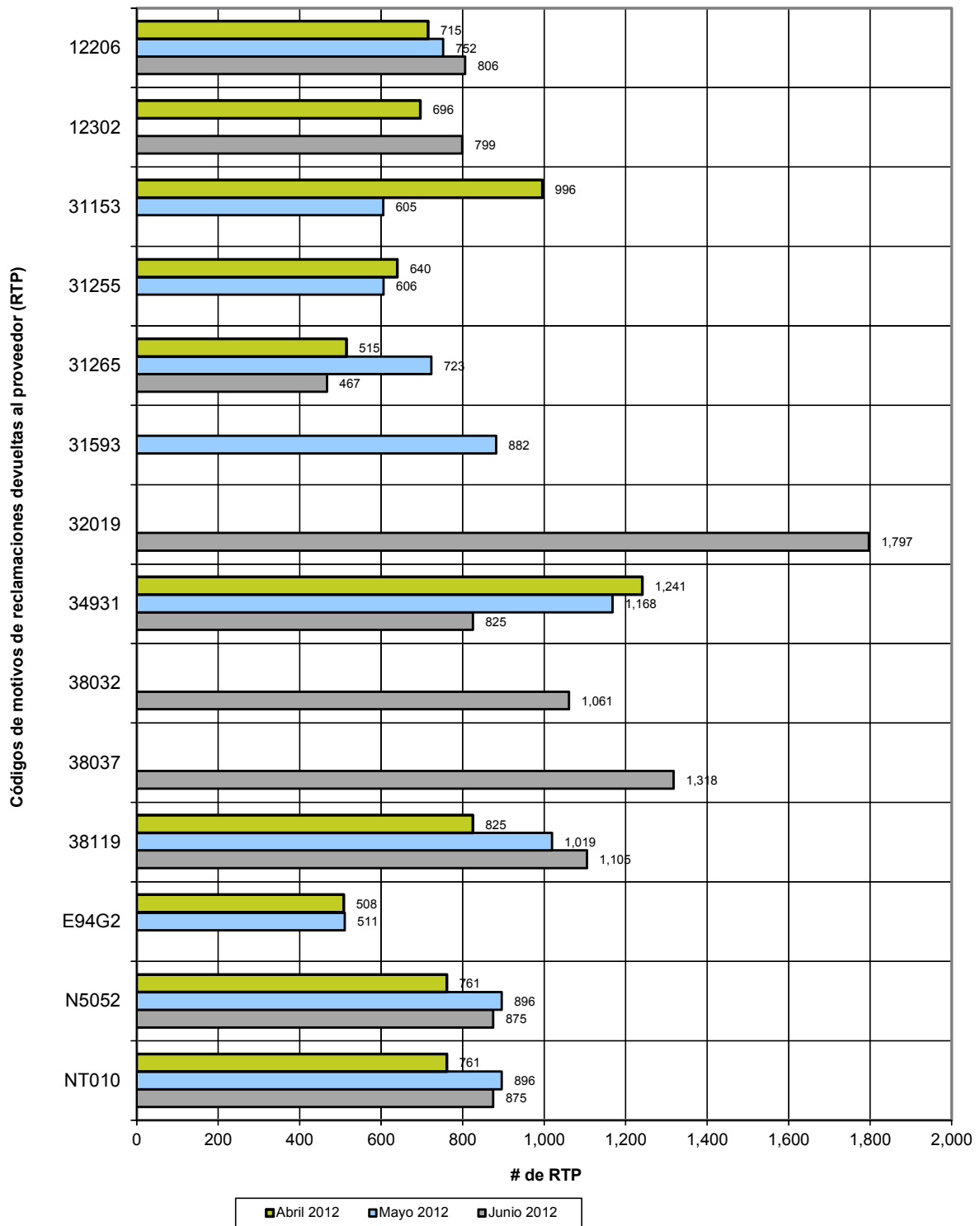
Gráficos... (Continuación)

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



Gráficos... (Continuación)

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



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 “órdenes 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

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Información General

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7868
 Número de petición de cambio relacionado: 7868
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de julio de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2496CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

El artículo de *Medicare Learning Network (MLN) Matters*[®] informa a los contratistas sobre nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988. Ya que estas pruebas son comercializadas inmediatamente después de la aprobación, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid deben notificar a sus contratistas sobre las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones adecuadamente.

Si usted no tiene un certificado vigente de CLIA y presenta una reclamación a su contratista de Medicare para un código que es considerado una prueba de laboratorio que requiere un certificado de CLIA, su pago de Medicare puede ser impactado.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7868.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7868, 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/R2496CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2496, CR 7868

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.

Uso apropiado de asistente en modificadores de cirugía e indicadores de pago – clarificación

First Coast Service Options Inc. (FCSO) publicó un artículo detallado el 2 de febrero de 2012, titulado *Uso adecuado de asistente como modificadores de cirugía e indicadores de pago* que claramente articuló los requisitos de cobertura de Medicare relacionados a asistente en servicios de cirugía facturados bajo el Medicare physician fee schedule.

Ha sido traído a la atención de FCSO que asistente en servicios de cirugía están siendo facturados a la Parte B de Medicare en la jurisdicción 9 (J9) del contratista administrativo de Medicare (MAC) que no cumple con los requisitos de cobertura de Medicare. Parece que algunos proveedores están facturando los servicios de asistente de cirugía (por ejemplo, primer asistente certificado, enfermera graduada asistente de cirugía, tecnólogos quirúrgicos, etc.) bajo el número del proveedor de ejecución del cirujano efectuando el procedimiento quirúrgico como si provisiones “incidente a” aplicaran al servicio. Estos servicios están siendo facturados con un modificador 80 el cual

indica el asistente en servicios de cirugía fue provisto por un asistente de cirujano. Según señalado en *Current Procedural Terminology (CPT)* y descrito en el artículo de FCSO del 2 de febrero, modificadores 80, 81, y 82 son solo añadidos adecuadamente a la reclamación si asistente en servicios de cirugía fueron efectuados por un médico (cirujano). El modificador AS debe ser utilizado si asistente en servicios de cirugía fueron prestados por un tipo de proveedor no médico cubierto por Medicare, lo cual incluye asistentes médicos (PA), enfermeras practicantes (NP), enfermera partera o especialistas en enfermería clínica (CNS). Asistente en servicios de cirugía prestados por profesionales de la salud “cubiertos” facturados con el modificador AS recibe el pago de reducción adecuado de profesional de la salud.

En resumen, el reembolso de Medicare Parte B para asistente en cirugía es únicamente adecuado cuando el procedimiento es cubierto por asistente en cirugía y existe una de las siguientes situaciones:

(Continúa en la página siguiente)

Uso apropiado... (Continuación)

- La persona que actúa como asistente en el servicio de cirugía es un médico, o
- La persona que actúa como asistente en el servicio de cirugía está inscrita en Medicare como asistente médico (PA), enfermera practicante (NP), enfermera partera, o especialista en enfermería clínica (CNS).

Asistente de servicios de cirugía prestados por un técnico cirujano, primer asistente cirujano, "scrub nurse", o cualquier persona que lleva un título que no sea médico, PA, NP, CNS o enfermera partera no son pagables por la Parte B de Medicare y no es facturable al paciente. Facturar los servicios de un asistente no cubierto en cirugía bajo el número de proveedor de ejecución es una aplicación inadecuada de las pautas "incidente a" y cualquier servicio facturado de esta manera representa un sobrepago al proveedor y debe ser reembolsado al programa.

Referencias

Social Security Act

Code of Federal Regulations

Manuales de Internet solamente (IOM):

Pub. 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 6, Sections 10-20; Chapter 15, Section 60

Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12, Sections 20.4.3, 110.1, 110.3 and 120.1

Declaración de NHIC sobre asistente en servicios de cirugía: *Modifier billing guide October 2010*

Declaración de Trailblazer sobre asistente en servicios de cirugía: *Non-physician practitioners*

Recordatorio de la importancia de codificación correcta del lugar de servicio en reclamaciones de Medicare Parte B

Número de *MLN Matters*: SE1226

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo está diseñado para proveer educación sobre la importancia de codificar correctamente el lugar de servicio en las reclamaciones de la Parte B de Medicare. Incluye información sobre lo que se requiere hacer a los proveedores cuando identifican el lugar de servicio en formularios de reclamaciones de Medicare. El artículo también provee un resumen de la auditoría de la oficina del inspector general (OIG) 2009 que fue llevada a cabo para determinar si los médicos codificaron correctamente el lugar de servicio en una muestra de reclamaciones de la Parte B de Medicare.

A los médicos se les requiere identificar el lugar de servicio (POS) en los formularios de reclamación de seguro de salud que presentan a contratistas de Medicare. El código correcto de POS asegura que Medicare no reembolse incorrectamente al médico por la porción de gastos fijos del pago si el servicio fue efectuado en un ambiente de centro.

En una auditoría reciente dirigida por la Oficina del Inspector General (OIG), médicos codificaron incorrectamente las reclamaciones para 83 de los 100 servicios que el OIG mostró utilizando códigos



POS para instalaciones no hospitalarias por servicios que fueron efectuados en departamentos de hospital ambulatorio o los ASC. Basado en los resultados de la muestra, OIG estimó que nacionalmente, contratistas de Medicare pagó \$9.5 millones en exceso a médicos por servicios codificados incorrectamente provistos durante el año calendario 2009. Estos sobrepagos pueden ser debidos a debilidades de control interno al nivel de facturación médica.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1226.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1226

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.

Suplidores... (Continuación)

X fue realmente transportado a la localidad donde los rayos X fueron tomados. R0075 no debe aplicar al equipo de rayos X guardado en la localidad donde se hicieron los rayos X (por ejemplo, un hogar de ancianos) para utilizarse cuando sea necesario. **Nota:** Ningún cargo de transportación es pagable a menos de que el equipo portátil de rayos X utilizado haya sido realmente transportado a la localidad donde los rayos X fueron tomados. Por ejemplo, aseguradoras no permiten un cargo de transportación cuando el equipo de rayos X es guardado en un hogar de ancianos para utilizar cuando sea necesario. Sin embargo, un pago de instalación (vea 90.4 abajo) es pagable en tales situaciones. Más aún, para servicios provistos a partir del 1 de enero de 1997, aseguradoras no pueden hacer pagos por separado bajo HCPCS código R0076 para la transportación de equipo EKG por suplidores de rayos X portátiles o cualquier otra entidad.

- **90-4-Componente de instalación (HCPCS Código Q0092 (Rev.1,10-01-03))** Las aseguradoras deben pagar un componente de instalación para cada procedimiento radiológico (además de repeticiones del mismo procedimiento) durante viajes de un solo paciente o de múltiples pacientes bajo el HCPCS código Q0092 nivel II. Las aseguradoras no hacen el pago de instalación de equipo para servicios EKG prestados por el suplidor de rayos X portátil.

Tipos de proveedores afectados:

El artículo es para suplidores que presentan reclamaciones a aseguradoras de Medicare, intermediarios fiscales (FI) o contratistas administrativos de Medicare (A/B MAC) para las provisiones de servicios de rayos X portátil.

Información adicional

Por favor refiérase al [Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare, Capítulo 13- Servicios de Radiología y otros procedimientos de diagnóstico](#) para más orientación.

Encuentre rápido sus favoritos  – utilice Enlaces Populares

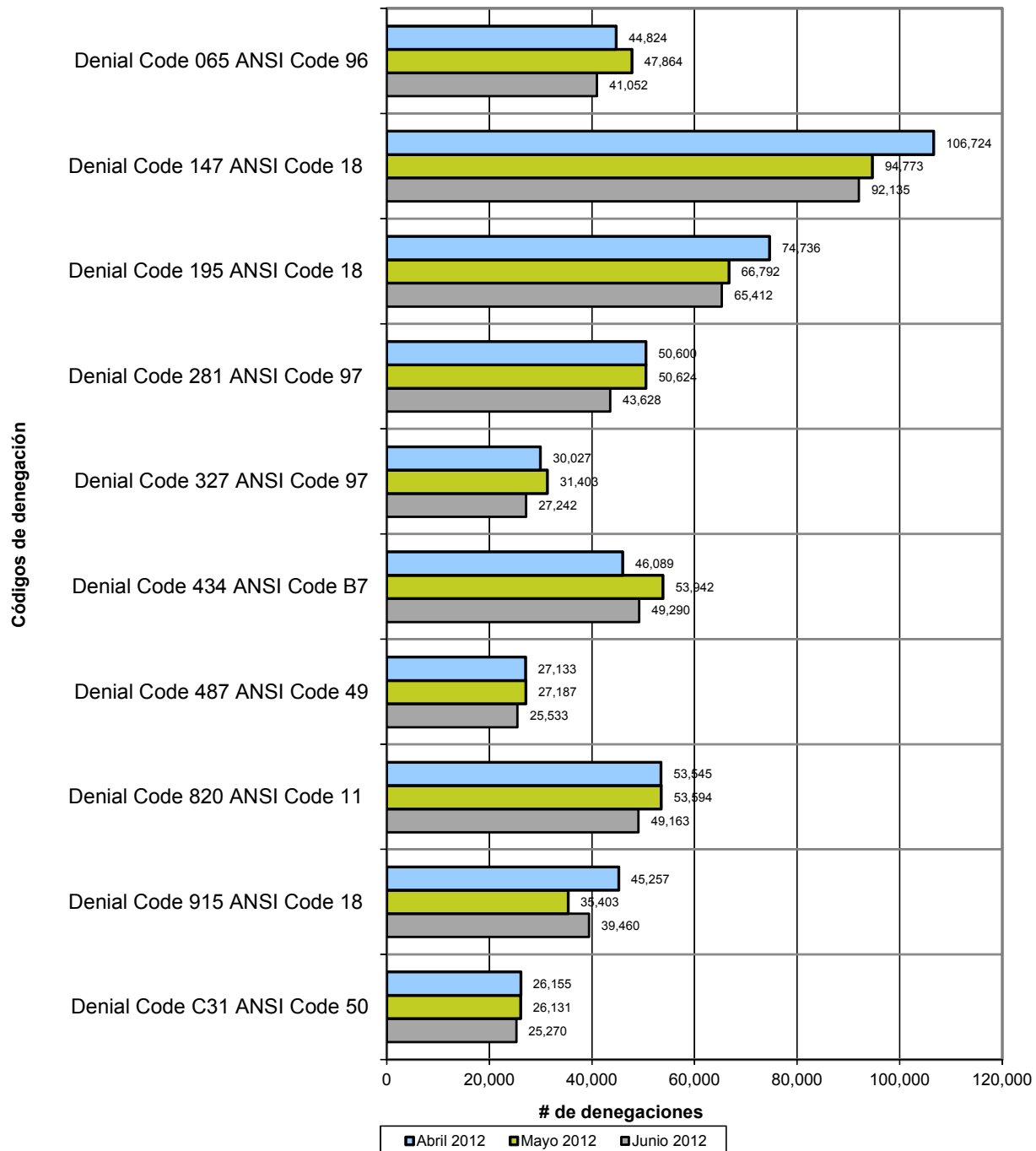
¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en abril-junio 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 abril a junio 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

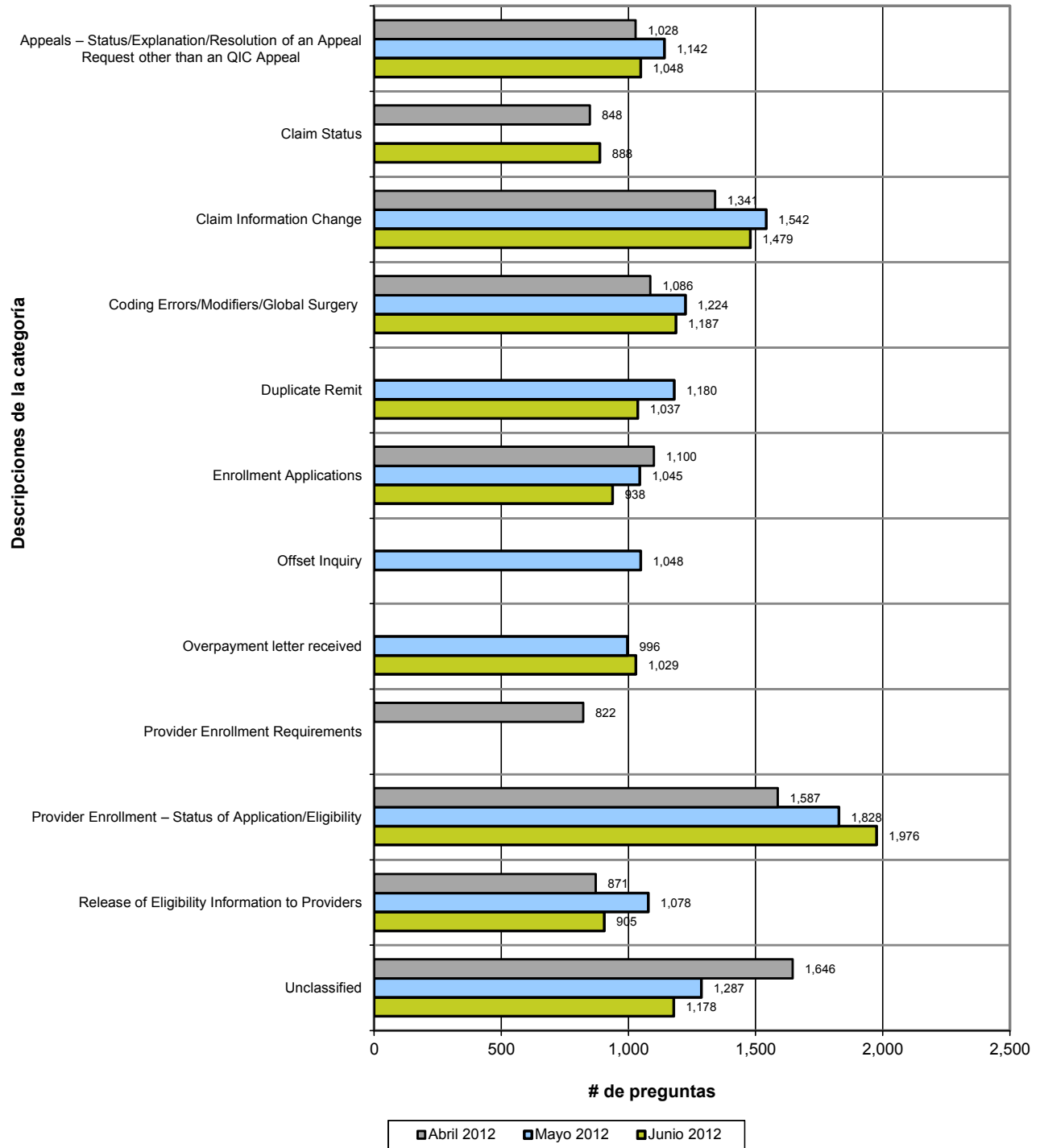
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

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



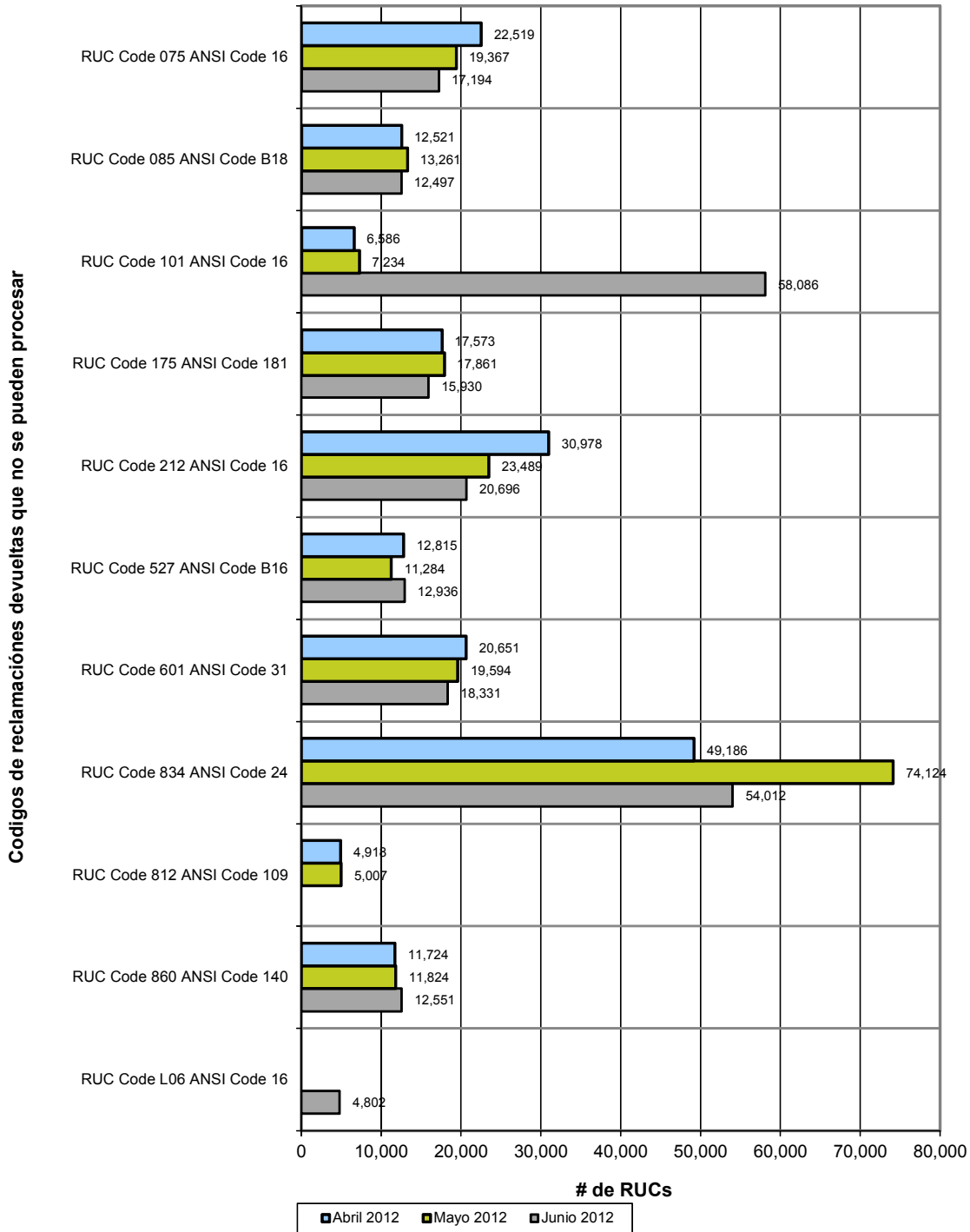
Gráficos.. (Continuación)

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



Gráficos.. (Continuación)

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



Formulario de Parte B

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

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

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

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