

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Agosto 2012



## Nuevas normas de salud para ahorrar hasta \$6 billones

En la actualidad, cuando un proveedor de salud factura a un plan de salud, este plan puede usar un amplio rango de diferentes identificadores que no tienen un formato estándar. Como resultado, los proveedores se encuentran con una serie de problemas que consumen bastante tiempo tales como desviación de transacciones, rechazo de transacciones debido a errores de identificación con el seguro, y la dificultad de determinar la elegibilidad del paciente. El cambio anunciado el 24 de agosto simplificará profundamente estos procesos.

La norma también realiza la propuesta final de retraso de un año – desde el 1 de octubre de 2013 al 1 de octubre de 2014 – en la fecha de cumplimiento para los nuevos códigos que clasifican enfermedades y problemas de salud. Este conjunto de códigos, conocidos como the *International Classification of Diseases, 10th Edition diagnosis and procedure codes*, o ICD-10, incluirán códigos para nuevos procedimientos y diagnósticos que mejorarán la calidad de la información disponible y los propósitos de pago.

La norma anunciada hoy es la cuarta regulación de simplificación administrativa emitida por HHS bajo la reforma de la ley de salud:

- El 8 de julio de 2011, HH adopta dos normas de funcionamiento para dos transacciones electrónicas de salud para facilitar que los proveedores de salud puedan determinar si un paciente es elegible para la cobertura y el estatus de las reclamaciones de salud enviadas a las aseguradoras de salud. La norma

## En esta edición

Cronograma de licitación DMEPOS .....	4
Cobertura para el uso de TENS .....	5
Trasplante de hígado para pacientes con ciertos tumores malignos .....	6
Atestación de ajuste de pago por LVPA de ESRD .....	11
Pago de cuidado de la escisión quirúrgica global .....	12
Código ICD-9-CM "E" como primer diagnóstico .....	24
Nuevo código para influenza centralizada.....	25

ahorrrará hasta \$12 billones en aproximadamente diez años.

- El 10 de enero de 2012, HHS adopta normas para la transferencia electrónica de fondos (EFT) y las transacciones electrónicas de las remesas de pago entre los planes de salud y los proveedores de salud. Las normas ahorrarán hasta \$4.6 billones en aproximadamente diez años.
- El 10 de agosto de 2012, HHS publica un IFC que adopta las reglas de funcionamiento para el EFT de salud y las transacciones electrónicas de las remesas de pago. Las reglas de funcionamiento ahorrarán hasta \$4.5 billones en aproximadamente diez años.

### Para más información:

- Hoja informativa
- *Adoption of a Standard for a Unique Health Plan Identifier; Addition to the National Provider Identifier Requirements; and a Change to the Compliance Date for the International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10-CM and ICD-10-PCS) Medical Data Code Sets Final Rule*

Texto completo de este extracto del comunicado de prensa CMS (emitido el 24 de agosto).

Fuente: CMS PERL 201208-11



[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

Actualización de categoría del estado de reclamaciones .....	3
Archivo trimestral de precio promedio de venta de medicamentos de la Parte B .....	3
Cronograma de licitación DMEPOS de nueva participación .....	4
Inscripciones abiertas para licitación competitiva DMEPOS .....	4
Cobertura de Medicare para el uso de TENS para dolor en la espalda baja .....	5
Nueva NCD criterio de cobertura para reemplazo de válvula aórtica de transcáteter .....	6
Trasplante de hígado para pacientes con ciertos tumores malignos .....	6
Adición de repositorio de documentos digitales a PECOS.....	7
Pagos indebidos y revisión médica de prepago para pacientes hospitalizados .....	8
Uso del modificador KX en los procedimientos de rehabilitación cardíaca .....	8
Clarificación de política de pago condicional de Medicare y procedimientos de facturación.....	9
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	9

## Recursos Educativos

Próximos eventos educativos .....	10
-----------------------------------	----

## Parte A

Atestación de ajuste de pago por bajo volumen (LVPA) de ESRD .....	11
Actualización de PPS Pricer de SNF de la Parte A de Medicare para FY 2013 .....	12
Pago de cuidado de la escisión quirúrgica global en hospital de cuidado crítico .....	12
Actualización anual del centro de rehabilitación hospitalario .....	13

## Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación .....	14
---	----

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A .....	17
--------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte A .....	21
-------------------------------------	----

Contactos Parte A de Puerto Rico .....	22
--	----

## Parte B

Facturación apropiada del código CPT® 88305.....	23
Publicación del monto límite luego de aplicar el ajuste negativo en eRx.....	23
Código ICD-9-CM "E" reportado como el primer diagnóstico sobre CMS-1500.....	24
Actualización del Manual de Programas de Incentivo de Reporte de Calidad.....	25
Nuevo código de especialidad médica para influenza centralizada .....	25

## Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación .....	26
---	----

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B .....	29
--------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B .....	33
-------------------------------------	----

Contactos Parte B de Puerto Rico .....	34
--	----

## Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 8  
Agosto de 2012

### Publications staff

Kathleen Cruz  
Sofia Lennie  
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 de la categoría del estado de reclamaciones y los códigos de los estados de reclamaciones

Número de *MLN Matters*: MM7905  
Número de petición de cambio relacionado: 7905  
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2508CP  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7905 explica que el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos los pagadores de beneficios del cuidado de la salud hagan uso solamente de la categoría de códigos del estado de las reclamaciones, y los códigos de los estados de reclamaciones aprobados por Code Maintenance Committee, para reportar el estado de la(s) reclamación (es) presentada(s). Los códigos de propiedad no pueden ser usados en el X12 276/277 para reportar el estado de las reclamaciones. El grupo de códigos

*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.

está disponible en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>. Las listas de códigos incluyen la fecha en la que un código fue agregado, cambiado o borrado. Todos los cambios a los códigos aprobados durante el encuentro del comité en junio de 2012 han sido publicados en este sitio.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7905.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7905, 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/R2508CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2508, CR 7905

## Facturación

## Archivo trimestral de precio promedio de venta de medicamentos de la parte B de Medicare de octubre 2012 y revisiones de archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM7885  
Número de petición de cambio relacionado: 7885  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2514CP  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7885 implementa el archivo del precio promedio de venta de medicamentos de la parte B de Medicare de octubre 2012 y los archivos revisados julio 2012, abril 2012, enero 2012, y octubre 2011.

Medicare usará el archivo trimestral octubre 2012 ASP de precios de medicamentos de Medicare de la parte B para determinar el límite de pago para las

reclamaciones de medicamentos de Medicare de la parte B que se pagan por separado, procesadas o reprocesadas en o después del 1 de octubre de 2012, con fechas de servicio comprendidas entre el 1 de octubre de 2012, hasta el 31 de diciembre 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/MM7885.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7885, 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/R2514CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2514, CR 7885

*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.

## Cronograma de licitación DMEPOS de nueva participación en la licitación competitiva etapa 1: Comienza el programa de educación para licitantes

### Cronograma de licitación

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid CMS han anunciado el cronograma de licitación para la etapa 1 de una nueva competencia del programa de licitación competitiva de Medicare de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros médicos (DMEPOS) en el programa de licitación competitiva. Para ver el cronograma, visite el sitio web de implementación del contratista de licitación competitiva (CBIC) en [www.dmecompetitivebid.com](http://www.dmecompetitivebid.com).

### Programa de educación para licitantes

CMS también lanzó un exhaustivo programa de educación para licitantes. Este programa está diseñado para asegurar que los proveedores DMEPOS interesados en licitar reciban la información y asistencia necesaria para enviar las licitaciones completas y a tiempo. El CBIC es la fuente de información oficial para licitantes y el punto principal para la educación al licitante. El sitio web CBIC cuenta con una completa gama de información importante para proveedores, incluyendo reglas de licitación, guías de usuario, hojas informativas de políticas, listas de verificación, y tablas de información de las licitaciones. El programa de educación también incluye webcasts que cubrirán todos los temas esenciales que los proveedores necesitan saber para poder licitar. Estos webcast serán publicados en el sitio web CBIC y estarán disponibles 24 horas al día/siete días a la semana. Cuando un webcast es publicado, el CBIC anunciará la disponibilidad a través de un correo electrónico de CBIC con el anuncio de la actualización. Para inscribirse y recibir los anuncios del webcast y otra información clave sobre la licitación, visite el sitio web CBIC y suscríbase al correo electrónico de las actualizaciones.

Además de ver la información en el sitio web CBIC, los proveedores DMEPOS están alentados a llamar a la línea gratuita de asistencia técnica de CBIC, 877-577-533, con sus preguntas y dudas.

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

Fuente: CMS PERL 201208-08

## Inscripciones abiertas para licitación competitiva DMEPOS

Las inscripciones están abiertas para todos los proveedores interesados en participar en la etapa 1 de la nueva competencia del programa de licitación competitiva de Medicare de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros médicos (DMEPOS).

Para enviar una licitación para la etapa 1 de la nueva competencia, primero debe registrarse en IACS (individuals authorized access to CMS computer systems) de CMS y realizar su aplicación en línea. Una vez se ha registrado en IACS, recibirá su identificación de usuario y su contraseña para acceder a DMEPOS Bidding System (DBidS). Usted debe registrarse, incluso si ya se ha registrado durante previas etapas de competencia (etapa 1 nueva licitación, etapa 2, o la competencia nacional de pedidos por correo). Solamente proveedores que tengan una identificación de usuario y contraseña podrán acceder a DBidS; proveedores que no se registren no podrán licitar.

Si usted es un proveedor interesado en licitar, regístrese ahora – no espere. Designe a una persona que aparezca como un oficial autorizado (AO) en el formato de inscripción CMS-855S de su organización en el sistema basado en Internet Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) para actuar

como su AO para propósitos de registro. El AO debe ser la primera persona en la organización en registrarse en IACS. Después del registro exitoso del AO, otros individuos que figuran como oficiales autorizados en el CMS-855S en PECOS pueden registrarse como oficiales de apoyo autorizados (BAO). El AO debe aprobar el requerimiento de registro de un BAO. Para el registro exitoso de AO y BAO, el nombre y el número de seguro social ingresado en IACS deben coincidir exactamente con lo que está registrado en el CMS-855S y en el archivo en PECOS. Individuos que no aparezcan como oficiales autorizados en el CMS-855S en PECOS pueden registrarse para servir como usuarios finales (EU). El AO o BAO deben aprobar el requerimiento de registro de un EU. Está prohibido que los licitantes compartan sus identificaciones de usuario o contraseñas.

CMS recomienda fuertemente que todos los AO se registren no más tarde del 7 de septiembre para asegurar que los BAO y EU tengan tiempo de registrarse antes de que comience la licitación. CMS recomienda que los BAO se registren no más tarde del 28 de septiembre de tal forma que puedan asistir a los AO con la aprobación de registro de los EU.

La inscripción cerrará el viernes 19 de octubre a las 9:00 p.m. ET – ningún AO, BAO, o EU puede

*(Continúa en la página siguiente)*

## Inscripciones... (continuación)

registrarse luego de que se cierren las inscripciones.

Para registrarse ingrese al sitio web de la implementación de la licitación competitiva del contratista (CBIC), [www.dmecompetitivebid.com](http://www.dmecompetitivebid.com), haga clic en "Round 1 Recompete," y haga clic en "REGISTRATION IS OPEN" cerca del reloj de registro. Antes de inscribirse, CMS recomienda fuertemente que revise [la guía de referencia IACS](#) con las instrucciones paso a paso y la [introducción a la lista de verificación de registro](#).

Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de registro, por favor contacte el centro de servicio al cliente CBIC 877-577-5331 entre 9:00 a.m. y 9:00 p.m. ET, de lunes a viernes.

*El CBIC es la fuente de información oficial para licitantes.* Se recomienda que todos los proveedores interesados en licitar se inscriban en "Email Updates" en la página principal del sitio web de CBIC. Para información acerca de etapa 1 nueva licitación, por favor refiérase a los materiales de educación para licitantes en el sitio web de CBIC ubicados bajo Round 1 Recompete > Bidding Suppliers.

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

Fuente: CMS PERL 201208-09

## Cobertura y Reembolso

### Cobertura de Medicare para el uso de TENS para dolor crónico en la espalda baja

Número de *MLN Matters*: MM7836  
Número de petición de cambio relacionado: 7836  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2012  
Fecha de efectividad: 8 de junio de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2511CP y R144NCD  
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

#### Resumen

Aunque estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) ha sido históricamente pensado para aliviar el dolor crónico, evidencia actual refuta los beneficios de TENS para tratamiento del dolor crónico en la espalda baja (CLBP).

Por lo tanto, efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 8 de junio de 2012, Medicare solo permitirá cobertura de TENS para CLBP

cuando el paciente está inscrito en un estudio clínico aprobado bajo cobertura con desarrollo de evidencia (CED). **Nota:** Esta decisión define CLBP como dolor por tres meses o más que no es una manifestación de una entidad de enfermedad primaria claramente definida y generalmente reconocida.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7836.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7836, 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/R144NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 144, CR 7836

**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>

## Nueva NCD describe el criterio de cobertura para reemplazo de la válvula aórtica de transcáteter bajo CED

Número de *MLN Matters*: MM7897 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7897  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de mayo de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2512CP y R145NCD  
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7897 pertenece a la publicación del 1 de mayo de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) de la determinación de cobertura nacional (NCD) que especifica requisitos de cobertura para reemplazo de la válvula aórtica de transcáteter (TAVR) bajo cobertura con desarrollo de evidencia (CED).

Este artículo describe las condiciones de cobertura de CED con participación de registro y requisitos de codificación para reclamaciones de hospital profesionales y de hospitalización. Medicare solo reembolsará reclamaciones profesionales para servicios de TAVR cuando se usa con lugar de servicio (POS) código 21 (paciente hospitalizado). Todos los demás códigos de POS serán denegados. Hospitales deben facturar por servicios de TAVR un el tipo de facture 11x, efectivo para altas a partir del 1 de mayo 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/MM7897.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7897, 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/R145NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2512CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 145, CR 7897 y  
 CMS Pub. 100-04, Transmittal 2512, CR 7897

*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.

## Trasplante de hígado para pacientes con ciertos tumores malignos

Número de *MLN Matters*: MM7908  
 Número de petición de cambio relacionado: 7908  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2012  
 Fecha de efectividad: 21 de junio de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2513CP y R146NCD  
 Fecha de implementación: 4 de septiembre de 2012

### Resumen

El 21 de junio de 2012, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) final en forma de no decisión declarando que el trasplante de hígado para pacientes con ciertos tumores malignos ofrece el potencial para algún beneficio clínico en pacientes seleccionados cuidadosamente a base de caso por caso. Estas enfermedades malignas son:

- Extrahepatic unresectable cholangiocarcinoma (CCA)
- Liver metastases due to a neuroendocrine tumor (NET)
- Hemangioendothelioma (HAE)

CMS cree que contratistas locales de Medicare están en una mejor posición para considerar las características clínicas de beneficiarios individuales y la ejecución de centros de trasplante dentro de sus jurisdicciones en el mejor interés de los beneficiarios de Medicare.

Por lo tanto, los contratistas pueden, a su discreción, cubrir el trasplante de hígado de adulto para los beneficiarios de Medicare con uno de los tumores malignos cubiertos cuando es suministrado en un centro de trasplante de hígado aprobado. El resto de los tumores malignos no cubiertos nacionalmente permanecen no

(Continúa en la página siguiente)

## Trasplante... (continuación)

cubiertos nacionalmente.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7908.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7908, 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/R146NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2513CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 146, CR 7908 y  
CMS Pub. 100-04, Transmittal 2513, CR 7908

**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

### Adición de repositorio de documentos digitales a PECOS

Número de *MLN Matters*: SE1230

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 actualizado el sistema basado en Internet Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) para permitir que proveedores/suministradores tengan la habilidad de remitir las copias electrónicas de documentación de soporte a un repositorio de documentos digitales (DDR).

**Nota:** No se requiere que los proveedores/suministradores utilicen el proceso DDR, y todavía tienen la opción de enviar por correo sus documentos de soporte al contratista.

Los usuarios de PECOS tendrán la habilidad de cargar toda la documentación de soporte para cualquier aplicación de inscripción que pueda ser remitida vía el sistema basado en Internet PECOS, incluyendo nuevas aplicaciones de inscripciones, aplicaciones de cambios de información (COI) y aplicaciones de revalidación. **Nota:** Los documentos solo pueden ser cargados para una aplicación que todavía no ha sido enviada para procesamiento o si la aplicación ha sido devuelta para correcciones.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1230.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1230

**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**

**Pagos indebidos y revisión médica de prepago para pacientes hospitalizados – actualización**

Como contratista administrativo de Medicare (Medicare Administrative Contractor, MAC) para la Jurisdicción 9 (J9), First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha asumido el compromiso de asistir a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para alcanzar el objetivo de reducir la tasa de errores de reclamaciones pagadas del Sistema de pago por servicios mediante tarifa fija (Fee-for-Service, FFS). **Nota:** Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recientemente anunciaron un retraso de la implementación de la demostración del contratista de auditoría de recuperaciones (RAC); sin embargo, eso es una iniciativa separada de CMS. Los planes de revisión médica de prepago de FCSO están programados como son descritos a continuación.

Los MS-DRG 153, 328, 357, 455, 473, y 517 estarán sujetos a revisión médica de prepago efectivo el 21 de marzo de 2012 (en adición a los MS-DRG 226, 227, 242, 243, 244, 245, 247, 251, 253, 264, 287, 313, 392, 458, 460, 470, 490, 552, 641 que ya están sujetos a revisión de prepago). Los MS-DRG con un día de duración de estancia (LOS) están sujetos a revisión médica de prepagos efectivo el 11 de abril de 2012.

[Haga clic aquí](#) para ver la información detallada de cada MS-DRG en el enfoque escalonado de FCSO a la aplicación de prepago edita actualmente en su pago por adelantado revisión médica de MS-DRG estrategia.

FCSO ha identificado algunos hospitales que han sufrido las bajas tasas de error para algunos DRG. A partir del 17 de julio 2012, estos hospitales estarán excluidos de la edición de prepago para los DRG específicos para los cuales se mantiene una tasa baja.

Efectivo el 1 de febrero de 2012, FCSO comenzó a realizar recuperación de pago posterior del cirujano, cirujano asistente, o cirujano adjunto de los servicios de Parte B.

FCSO continuará proveyendo educación y alcance a los hospitales, asociaciones médicas, y a los proveedores de Parte B asociados con los servicios MS-DRG de alto riesgo de error de pago.

Los hallazgos de error de pago CERT de MAC J9 están incluidos para las reclamaciones examinadas en los periodos de reporte de noviembre de 2010 y noviembre de 2011. La información de denegación también es provista para aquellos servicios previamente sujetos a las actividades de revisión médica de FCSO. FCSO proveerá información sobre las tasas de error de revisión de prepago a través de futuros artículos y otros foros de educación y alcance. Una notificación también será provista para futuros cambios a actividades de revisión de prepago (por ejemplo, incremento en por ciento de revisión). El por ciento de revisión de prepago está basado en el promedio de los recibos DRG recibidos en el Fiscal Intermediary Standard System (FISS).

Esta iniciativa es aplicable a los hospitales y médicos en contratista administrativo de Medicare (MAC) jurisdicción 9 (J9), excluyendo aquellos en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

**Uso del modificador KX en los procedimientos de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva - clarificación**



Con la implementación de la petición de cambio 6850, los Centros Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) incluyó el uso del modificador KX en los procedimientos de rehabilitación cardíaca (CR) y rehabilitación cardíaca intensiva (ICR).

El modificador KX puede ser usado en los códigos de procedimientos CR (93797, 93798) y en los códigos de procedimientos ICR (G0422, G0423) por el mismo o diferente episodio una vez que las sesiones se han excedido. Se requiere que los proveedores mantengan documentación médica que soporte el uso del modificador KX.



## Clarificación de política de pago condicional de Medicare y procedimientos de facturación para reclamaciones de responsabilidad, sin culpabilidad, y reclamaciones de indemnización de los trabajadores de MSP

Número de *MLN Matters*: MM7355 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7355  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R87MSP  
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7355 describe lo siguiente:

- Clarifica los procedimientos a seguir al momento de presentar el seguro de responsabilidad (incluyendo auto-seguro), seguro sin culpabilidad, y reclamaciones de indemnización de trabajadores (WC) cuando el asegurador/compañía no hace el pronto pago o no puede ser razonablemente esperado que haga el pronto pago;
- Define las reglas de pronto pago; y
- Provee instrucciones sobre cómo presentar el seguro de responsabilidad (incluyendo auto-seguro), seguro sin culpabilidad, y reclamaciones de WC a contratistas de Medicare cuando se solicitan pagos condicionales de Medicare sobre estos tipos de reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7355.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7355, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R87MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 87, CR 7355

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

---

## CMS e-News del proveedor de Medicare

Las e-News de los proveedores de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial del *Medicare Learning Network*® (MLN) que contiene el equivalente de una semana de noticias para los proveedores de tarifa fija de Medicare (FFS). CMS envía estos mensajes semanalmente a asociaciones de proveedores nacionales de la industria de salud, quienes entonces distribuyen las e-News a sus miembros según apropiado. Para mejorar la consistencia y para agilizar las operaciones en mensajería a la comunidad del proveedor de FFS a través de todos los canales de información de Medicare, CMS está llevando a cabo un piloto desde el 1 de agosto-30 de septiembre de 2012. Los siguientes son enlaces a las más recientes e-News:

- CMS e-News para el miércoles, 1 de agosto de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-08-01Enews.pdf>
- CMS e-News para el miércoles, 8 de agosto de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-08-08Enews.pdf>
- CMS e-News para el miércoles, 15 de agosto de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-08-15Enews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201208-01, 201208-03, 201208-05

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### 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

Evite las pruebas y tribulaciones de facturación de evaluación y manejo (E/M)

Cuando: 19 de septiembre 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

Introducción al segmento de documentación electrónica de la versión 5010 - PWK (A/B)

Cuando: 19 de septiembre de 2012

Hora: 2:00 p.m.-3:00 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

Codificación del lugar de servicio (POS) para servicios médicos (B)

Cuando: 26 de septiembre de 2012

Hora: 11:00 a.m.-mediodía 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](http://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.

## ESRD

### Atestación de ajuste de pago por bajo volumen (LVPA) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD)

La fecha límite para presentación de atestaciones es el **1 de noviembre** para el CY 2013 y posteriormente cada año para centros de ESRD que creen que son elegibles para recibir el LVPA.

**Los proveedores de ESRD que están actualmente recibiendo el LVPA para el CY 2012** que son elegibles para recibir el ajuste para CY 2013 deben presentar una atestación **a no más tardar del 1 de noviembre de 2012**, para cualificar para el ajuste para el CY 2013.

**Los intermediarios fiscales (FI) o contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B no aceptarán atestaciones presentadas luego de la fecha límite.**

#### Acción requerida por los proveedores

Los proveedores de ESRD actualmente cualificados para CY 2013 LVPA deben notificar a First Coast Service Options Inc. (FCSO) en o antes del 1 de noviembre de 2012, acreditando que prestaron menos de 4,000 tratamientos totales en cada uno de los tres años anteriores al año del pago y no ha abierto, cerrado, o recibido un número nuevo del proveedor debido a un cambio en propiedad durante los tres años anteriores al año de pago.

Los proveedores de ESRD **que no están actualmente cualificados** para CY 2012 LVPA deben notificar a FCSO no más tarde del 1 de noviembre de 2012, acreditando que prestaron menos de 4,000 tratamientos totales en cada uno de los tres años anteriores al año de pago y no ha abierto, cerrado, o recibido un número nuevo del proveedor debido a un cambio en propiedad durante los tres años anteriores al año de pago.

Hay dos maneras para proveedores de ESRD notificar a FCSO:

- Provea una carta de atestación en papel membretado firmado por un oficial autorizado.
  - El estado de atestación debe indicar que el centro ha cumplido todos los criterios según publicado en la sección 413.232 del 12 de agosto de 2010, *Federal Register*, *Volumen 75, No. 155, página 49200*. Actualizaciones/revisiones al criterio para el LVPA fueron publicadas en el *Federal Register* del 10 de noviembre de 2011, *Volumen 76, No. 218, página 70314*.

Envíe la carta a:

First Coast Service Options Inc.  
Atención: Melody Smith  
532 Riverside Avenue, ROC 16T  
Jacksonville, FL 32202-4918

- O, adjuntar la carta de atestación a un correo electrónico y envíe a [InterimReimbReviews@fcsso.com](mailto:InterimReimbReviews@fcsso.com).
  - Estatus en la línea de asunto del correo electrónico: solicitud de ajuste de bajo volumen de ESRD.

**Nota:** Los FI o MAC A/B no aceptarán una atestación que es una lista maestra de centros de ESRD que son propiedad de una organización. Cada centro de ESRD debe indicar en su propia atestación que cree que **es elegible** para el ajuste de pago por bajo volumen.

Fuente: CMS TDL 12419



## Centros de Enfermería Especializada

### Actualización de PPS Pricer del centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare para FY 2013

Número de *MLN Matters*: MM7907  
 Número de petición de cambio relacionado: 7907  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2507CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7907 describe las actualizaciones a las tarifas de pago utilizadas bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) para los centros de enfermería especializada (SNF) para el año fiscal (FY) 2013. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron las tarifas de pago de SNF para el FY 2013 (esto es, comenzando el 1 de octubre de 2012, hasta el 30 de septiembre de 2013), en el *Federal Register*, disponible en línea en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPPS/List-of-SNF-Federal-Regulations.html>. La metodología actualizada es idéntica a esa utilizada el año anterior e incluirá el reembolso para beneficiarios con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act de 2003 (MMA). Esta

actualización incluye nuevos índices de combinación de casos utilizando los ajustes de la combinación de casos recalculada basados en información actual. El estatuto asigna como mandato una actualización a las tarifas federales utilizando la más reciente canasta del mercado de SNF. La actualización puede ser encontrada en el Capítulo 6, Sección 30.7 del *Claims Processing Manual* en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Manuals/downloads/clm104c06.pdf>.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7907.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7907, 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/R2507CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2507, CR 7907

*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

### Pago de cuidado de la escisión quirúrgica global en un hospital de cuidado crítico de método II presentado con modificador 54 y/o 55

Número de *MLN Matters*: MM7872  
 Número de petición de cambio relacionado: 7872  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2510CP  
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7872 implementa la metodología de pago para el cuidado de la escisión quirúrgica global presentada en el tipo de facturación 85x con códigos de ingreso 96x, 97x o 98x con un modificador 54 (solo de cuidado quirúrgico) y/o un modificador 55 (solo de manejo postoperatorio) para proveedores del método II de hospitales de cuidado crítico (CAH).

Cuando los pagos son reducidos como resultado de aplicar esta logística de pago de cirugía global, Medicare reflejará eso en la remesa de pago utilizando el código de denegación de ajuste de reclamación 59 (procesado basado en las reglas de procedimiento múltiples o concurrentes.) y el código de grupo CO para denotar obligación contractual.

No hay cambios en las políticas asociadas a CR 7872, la cual simplemente aplica la lógica actualmente usada cuando los servicios de cirugía global de la escisión son facturados en reclamaciones profesionales a esos

(Continúa en la página siguiente)

## Pago...(Continuación)

servicios cuando son facturados por un CAH método II en el tipo de facturación 85X con códigos de ingreso de 96x, 97x o 98x.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7872.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7872, 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/R2510CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2510, CR 7872

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

---

## Actualización anual del centro de rehabilitación hospitalario: cambios de PPS Pricer para el año fiscal 2013

Número de *MLN Matters*: MM7901

Número de petición de cambio relacionado: 7901

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2518CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

### Resumen

La notificación de la actualización del sistema de pago prospectivo (PPS) del centro de rehabilitación hospitalario (IRF) del año fiscal (FY) 2013 emitido el 30 de julio de 2012, expone las tarifas de pago prospectivo aplicables para los IRF para FY 2013. Un nuevo paquete de software Pricer IRF será publicado antes del 1 de octubre de 2012, que contendrá las tarifas actualizadas que son efectivas para reclamaciones con altas que caen dentro del 1 de octubre de 2012, hasta el 30 de septiembre de 2013.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7901.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7901, 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/R2518CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2518, CR 7901

**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



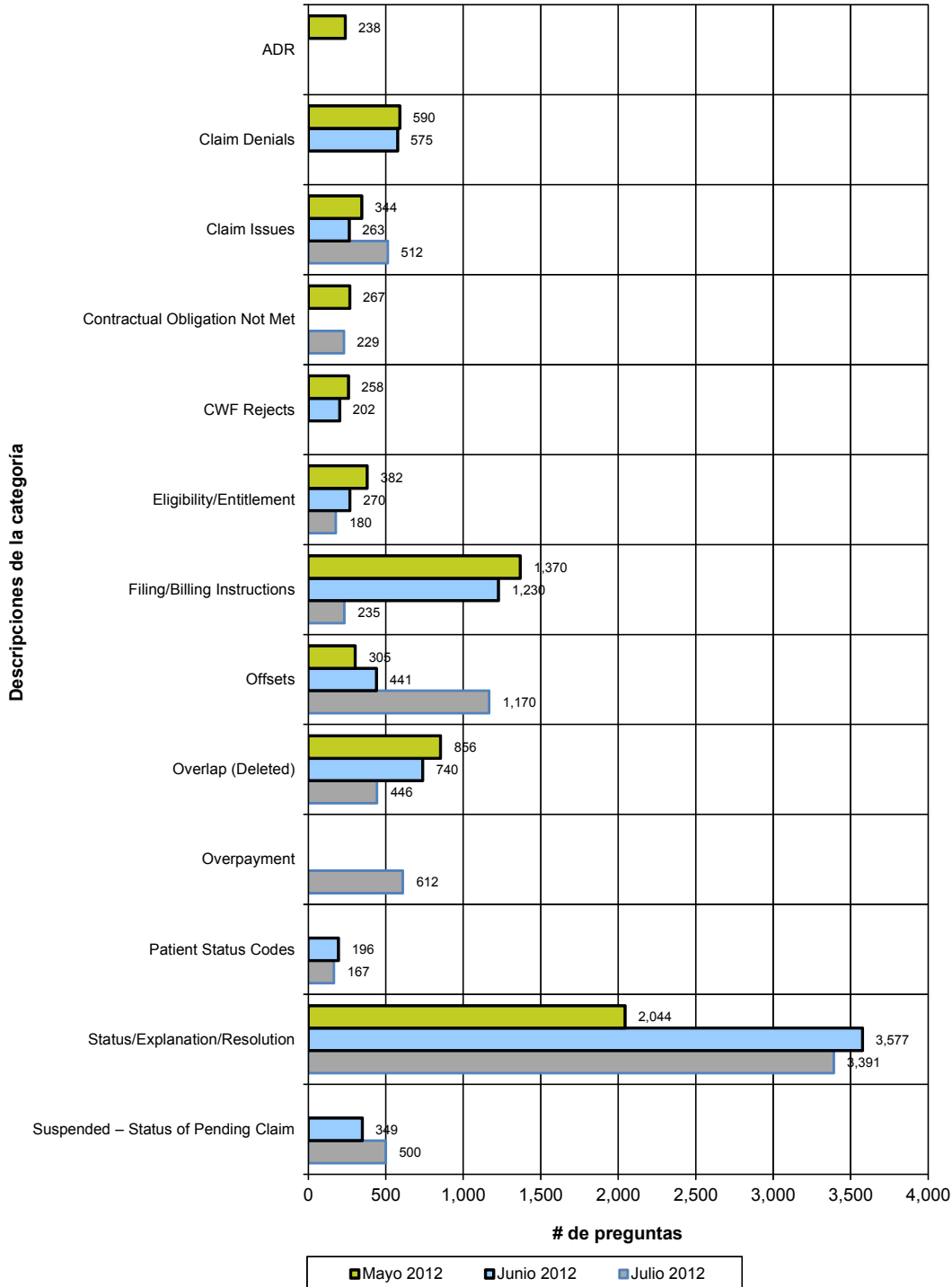
¿Quién tiene el poder para mejorar su precisión y eficiencia de facturación? Usted – visite la sección de *Improve Your Billing* donde descubrirá las herramientas que necesita para aprender a como siempre facturar a Medicare correctamente – la primera vez. Usted encontrará los recursos de auto auditoría 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 mayo-julio 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 mayo a julio 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

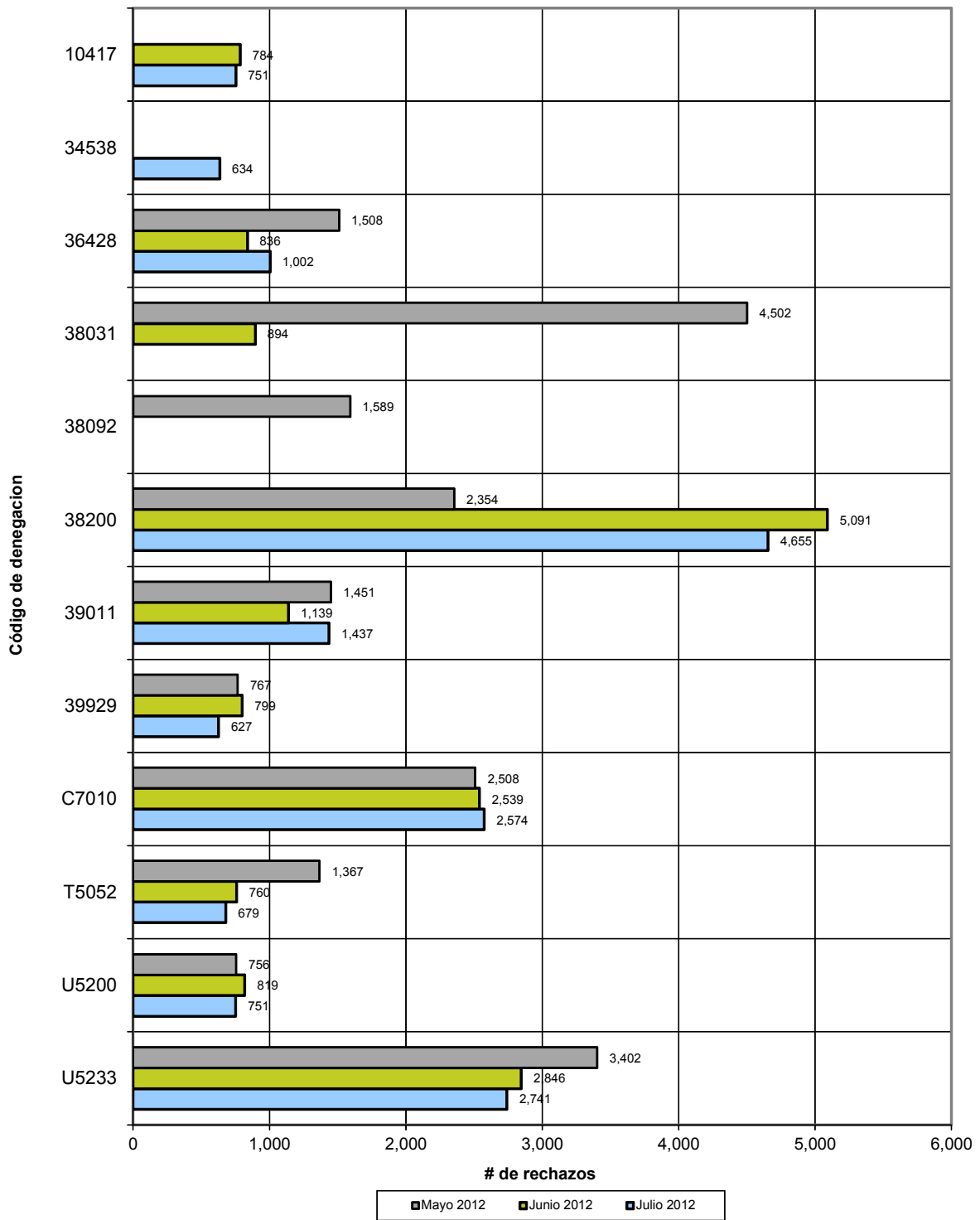
[http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/)

### Preguntas de Parte A más frecuentes en mayo-julio de 2012



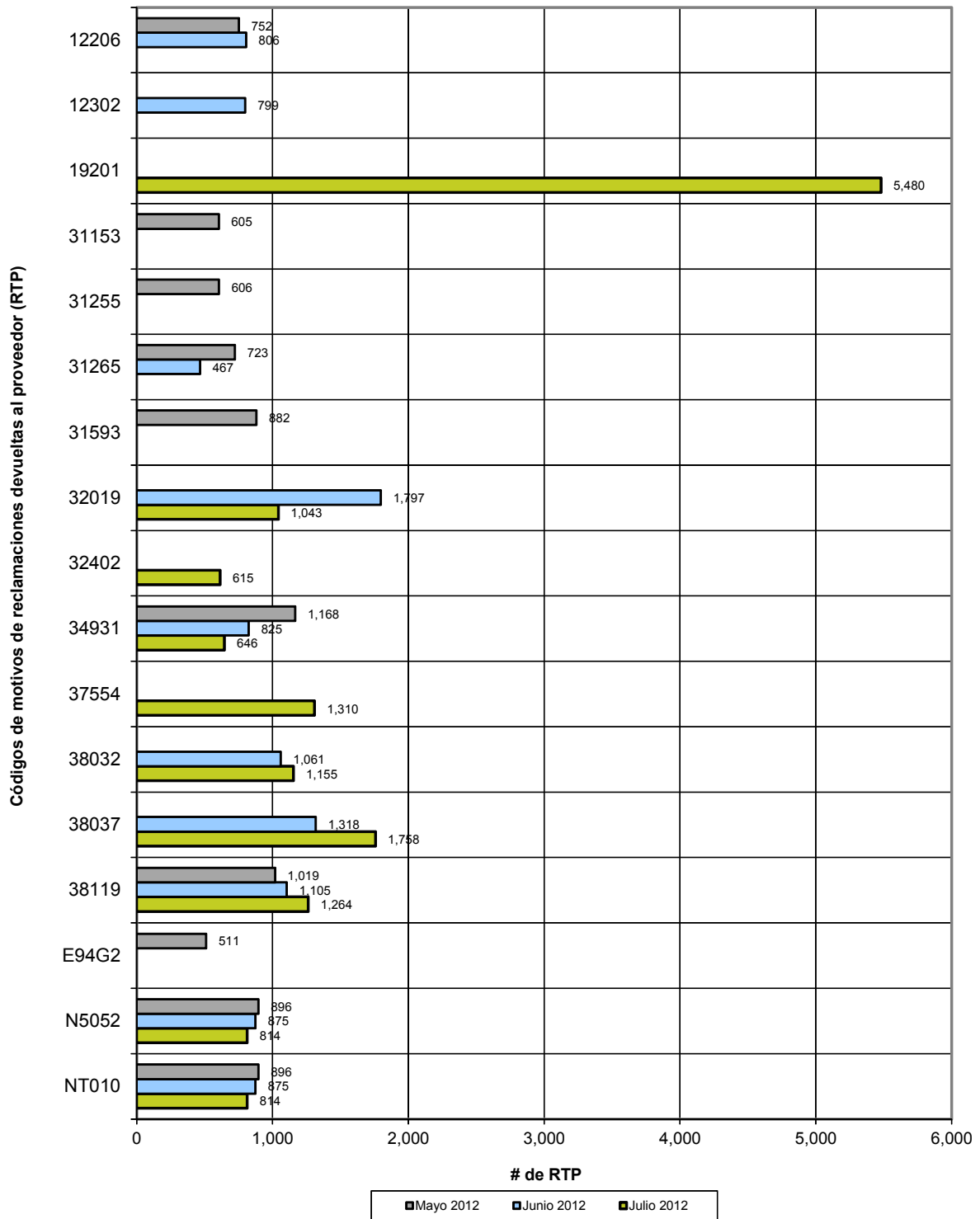
Gráficos... (Continuación)

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



Gráficos... (Continuación)

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





## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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

### LCD nuevas

A33224: Biventricular pacing/cardiac resynchronization .....	18
A35475: Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance.....	18
A93224: Long-term wearable electrocardiographic monitoring (WEM) .....	19
AIMT: Implantable miniature telescope (IMT) .....	19

### LCD retiradas

A93990: Duplex scan of hemodialysis access .....	20
--	----

### Revisiones a las LCD existentes

ANCSVCS: Noncovered services .....	20
------------------------------------	----

### 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).

## LCD Nuevas

### A33224: Biventricular pacing/cardiac resynchronization therapy – nueva LCD

#### Identificador de LCD: L32813 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)

Ciertos pacientes hospitalizados de grupos relacionados con un diagnóstico médico severo (MS-DRG) para el contratista administrativo de Medicare (MAC) jurisdicción 9 (J9), descrito como implantes de marcapasos permanente y desfibrilador cardíaco fueron identificados por las pruebas integrales de tasa de error (CERT) como alto riesgo de error de pago y están sujetos a una revisión de la edición del prepago. Estos DRG contienen códigos de procedimiento de pacientes hospitalizados que describen el marcapasos biventricular /terapia de re sincronización cardíaca (CRT-marcapasos biventricular) con o sin un desfibrilador cardioversor implantable (CRT-D). En ausencia de la determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), los contratistas usan herramientas de selección, así como el juicio clínico, en la revisión de reclamaciones que contienen estos DRG. En la actualidad no hay NCD 20.8 para Marcapasos Cardíacos y NCD 20.4 para desfibriladores automáticos implantables. Sin embargo, no se refieren específicamente a los requisitos de cobertura para la terapia de re sincronización cardíaca.

Esta nueva LCD ha sido desarrollada para dar indicaciones y limitaciones de la cobertura y/o necesidad médica, tipo de códigos facturados, códigos de ganancias, códigos CPT®, códigos de procedimientos ICD-9-CM (códigos de procedimientos solamente para pacientes hospitalizados), códigos de diagnósticos ICD-9-CM, requerimientos de documentación, y lineamientos de uso para la terapia de re sincronización cardíaca con o sin un desfibrilador cardioversor implantable.

#### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD 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>. Los lineamientos de codificación para una LCD pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

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

---

### A35475: Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance – nueva LCD

#### Identificador de LCD: L32830 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada basada en un requerimiento del programa de First Coast Service Options (FCSO) del grupo para salvaguardar comunicaciones (PSCG). El análisis de datos y las ocurrencias identificadas en la revisión de reclamaciones de los códigos CPT® 35475 (*Transluminal balloon angioplasty, percutaneous; brachiocephalic trunk or branches, each vessel*) y 35476 (*Transluminal balloon angioplasty, percutaneous; venous*) son facturados en la misma fecha de servicio y este es un escenario que parece ser una tendencia en alza. Los datos revelados también demuestran que los proveedores rutinariamente facturan los códigos CPT® 35475 y 35476 en la misma fecha de servicio pasando por alto iniciativas de corrección de códigos apropiadas (CCI) edición actualmente en marcha añadiendo el modificador 59 (Servicio procesal distinto). Además, los códigos CPT® 35475 (arterial) y 35476 (venous) realizados en la misma fecha de servicio se desarrollarán para documentación (archivos requeridos para revisión médica) ya que esta debe ser una rara ocurrencia.

Esta nueva LCD esboza las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT® que soporten la necesidad médica, requerimientos de documentación, uso de lineamientos, y un anexo de LCD “Coding guidelines”.

#### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD 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>.

Los lineamientos de codificación para una LCD (cuando se presentan) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

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

## A93224: Long-term wearable electrocardiographic monitoring (WEM) – nueva LCD

### Identificador de LCD: L32820 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada como resultado de una reciente publicación del pago de revisión médica Parte B, que mostró una tasa de error con un porcentaje del 49.68 para servicios de monitoreo cardiovascular (*CPT*® código 93271 [External patient and, when performed, auto activated electrocardiographic rhythm derived event recording with symptom-related memory loop with remote download capability up to 30 days, 24-hour attended monitoring; transmission and analysis]). Los hallazgos de la revisión médica indican que la documentación no soporta la necesidad médica para la prueba.

Las siguientes dos LCD de la Parte B, external electrocardiographic recording (L29162/L29422) y patient demand single or multiple event recorder (L29253/L29379) están siendo revisadas y combinadas en una nueva LCD (long-term wearable electrocardiographic monitoring [WEM] - 93224) con clarificación de las indicaciones y lineamientos de uso. Para consistencia, la LCD long-term WEM, también fue desarrollada para la parte A. Por lo tanto, la LCD external electrocardiographic recording (L28832/L28865) se retirará el 9 de octubre de 2012, cuando la nueva LCD se haga efectiva. La LCD long-term WEM se refiere a los códigos *CPT*® enumerados en la LCD external electrocardiographic recording y los códigos *CPT*® adicionales 93228, 93229, 93268, 93270, 93271, 93272, 0295T, 0296T, 0297T, y 0298T que fueron agregados. El uso del registro electrocardiográfico externo por más de 48 horas y hasta 21 días de ritmo continuo de registro y almacenamiento no ha demostrado ser una norma de atención. Por consiguiente, los códigos *CPT*® 0296T y 0297T categoría III requerirán documentación para revisión y una consideración individual para determinar la necesidad médica. Cabe destacar que los códigos *CPT*® 0295T y 0298T categoría III tiene un sistema de pagos prospectivos por pacientes ambulatorios (OPPS) con indicador de estado de pago “M” (No pago bajo OPPS). Esta nueva LCD se refiere a las indicaciones y limitaciones de cobertura, requerimientos de documentación, lineamientos de uso, códigos de diagnóstico ICD-9-CM y lineamientos de codificación para monitoreo electrocardiográfico

### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD 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>.

Los lineamientos de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

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

---

## AIMT: Implantable miniature telescope (IMT) – nueva LCD

### Identificador de LCD: L32824 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) para telescopio miniatura implantable (IMT) fue desarrollado luego de tomar en consideración los comentarios recibidos de varios expertos en el campo y para dar acceso al cuidado a aquellos beneficiarios para los cuales puede que no existan opciones de tratamientos. La cobertura limitada será permitida para pacientes en estado terminal no tratable, degeneración macular relacionada con la edad y que cumplan con todos los lineamientos que se han descrito en la sección de la LCD para uso de IMT “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”.

La LCD esboza indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos *CPT*®/HCPCS 0308T / C1840, ICD-9-CM código 362.51 (Nonexudative senile macular degeneration) que soporta la necesidad médica, requerimientos de documentación y los lineamiento de uso.

### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los lineamientos de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD. Para las LCD con una fecha efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista en la página de LCD.

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

## LCD Retiradas

### A93990: Duplex scan of hemodialysis access – LCD retirada

**Identificador de LCD: L28828 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28861 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para eco-Doppler de acceso vascular para hemodiálisis fue efectiva para servicios prestados en o después del 16 de febrero de 2009 para Florida, y para servicios prestados en o después del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como contratista administrativo de Medicare (MAC) LCD para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, una nueva LCD titulada "Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance" ha sido desarrollada para reemplazar la LCD "Duplex scan of hemodialysis access". Como resultado, la LCD "Duplex scan of hemodialysis access" ha sido retirada.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD 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>.

Los lineamientos de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando "LCD Attachments" en el menú desplegable "Jump to Section." en la parte superior de la página LCD.

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

## Revisiones a las LCD existentes

### ANCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28991 (Florida)**

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 2 de julio del 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada para remover el código HCPCS C1840 de la sección de la LCD "CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Devices" y removida de Category III CPT® código 0308T de la sección de la LCD "CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures". Estos códigos fueron removidos de la LCD de servicios no cubiertos y fueron agregados a la nueva LCD de telescopio miniatura implantable (IMT), L32824 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados en o después del 9 de octubre de 2012. Las LCD 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>.

Los lineamiento de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando "LCD Attachments" en el menú desplegable "Jump to Section..." en la parte superior de la página LCD.

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

## Formulario de Parte A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (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 2012 a septiembre de 2013.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [ ]    Español [ ]				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			<b>Total</b>	\$

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](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

## Laboratorio

### Facturación apropiada del código CPT® 88305



Los proveedores están realizando reclamaciones de forma incorrecta cuando facturan por múltiples muestras del código CPT® 88305. Múltiples muestras para la misma fecha de servicio, facturadas sobre la misma reclamación, deben ser presentadas en una línea por detalle ajustando el “number billed field” para reflejar el número de muestras. Facturar estos servicios por detalles separados es inapropiado.

Fuente: CMS TDL 12376

## Tarifa Fija

### Publicación del monto límite luego de aplicar el ajuste negativo en eRx

Número de MLN Matters: MM7877

Número de petición de cambio relacionado: 7877

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1106OTN

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7877 informa a los contratistas de Medicare acerca de los cambios requeridos en sus sitios web y el reporte de divulgación en copia impresa acerca de la corrección del monto límite (incluyendo e-Prescribing (eRx) el ajuste negativo del monto límite) de las tarifas fijas de Medicare para servicios Médicos (MPFS).



La presentación de un proveedor que no acepta el pago establecido por Medicare, un servicio no asignado MPFS con cobro en exceso del monto límite de Medicare constituye una violación del cobro límite. Un proveedor que viola el monto límite está sujeto a una sanción hasta por un valor de \$10,000 por violación, más el triple de la cantidad de los cargos concernientes a la violación, además de la posible exclusión del programa de Medicare. Por consiguiente, es crucial que los profesionales elegibles (EP) sean provistos con el monto límite correcto para que puedan facturar al servicio MPFS.

#### Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7877.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7877, 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/R1106OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1106, CR 7877

**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

### Código ICD-9-CM “E” reportado como el primer diagnóstico sobre CMS-1500

Número de *MLN Matters*: MM7700

Número de petición de cambio relacionado: 7700

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de agosto de 2011

Fecha de efectividad: reclamaciones recibidas con un código “E” a partir del 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2515CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

#### Resumen

Efectivo el 1 de abril de 2012, la petición de cambio (CR) 7596 implementó una modificación para rechazar reclamaciones electrónicas cuando el código de diagnóstico principal (primero) presentado en el campo del código de diagnóstico es uno de los siguientes:

- ICD-9-CM: “E” código (ICD-9)
- ICD-10-CM (cuando implementado): rango de código V00-Y99

La petición de cambio 7700, la cual representa este artículo, aplica el mismo razonamiento a reclamaciones impresas presentadas en el CMS-1500 para reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2013. Este procedimiento prevendrá esas reclamaciones no conformes con HIPAA de ser adjudicadas y entonces transmitidas al contratista de coordinación de beneficios (COBC) para propósitos de transferencia de COBA. Los contratistas de Medicare devolverán estas reclamaciones como no procesables. **Nota:** Reclamaciones vueltas a procesar/de ajuste que no cumplan con estas modificaciones serán denegadas.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7700.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7700, 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/R2515CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2515, CR 7700

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

### Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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



Aprenda más en [www.fcsouniversity.com](http://www.fcsouniversity.com).



## Actualización del Manual de Programas de Incentivo de Reporte de Calidad de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7879  
Número de petición de cambio relacionado: 7879  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2010  
Fecha de efectividad: 29 de octubre de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R10QRI  
Fecha de implementación: 29 de octubre de 2012

### Resumen

La petición de cambio (CR) 7879 actualiza el “Medicare Quality Reporting Incentive Programs Manual” (Pub 100-22) para incorporar y consolidar información (de otras fuentes) sobre el sistema de reporte de calidad médica y el programa de incentivo de receta electrónica (eRx).

La CR 7879 no establece ningún requisito nuevo para el sistema de reporte de calidad médica, pero simplemente incluye información relevante en el manual contenido en las CR previas y la legislación anual de tarifas fijas para médicos 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/MM7879.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7879, 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/R10QRI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 10, CR 7879

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

---

## Nuevo código de especialidad médica para influenza centralizada

Número de *MLN Matters*: MM7884 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7884  
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de agosto de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2516CP  
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) establecieron un nuevo código de especialidad del profesional de la salud para influenza centralizada, efectivo el 1 de enero de 2013. El nuevo código de especialidad del profesional de la salud para influenza centralizada es C1 y es solo aplicable a la solicitud de inscripción CMS-855B.

Códigos de especialidad son utilizados por CMS para propósitos de procesamiento de reclamaciones y programática. El nuevo código será añadido al sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS) basado en Internet y reconocido como el código del profesional de la salud para la influenza centralizada.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7884.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7884, 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/R7884.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2516, CR 7884

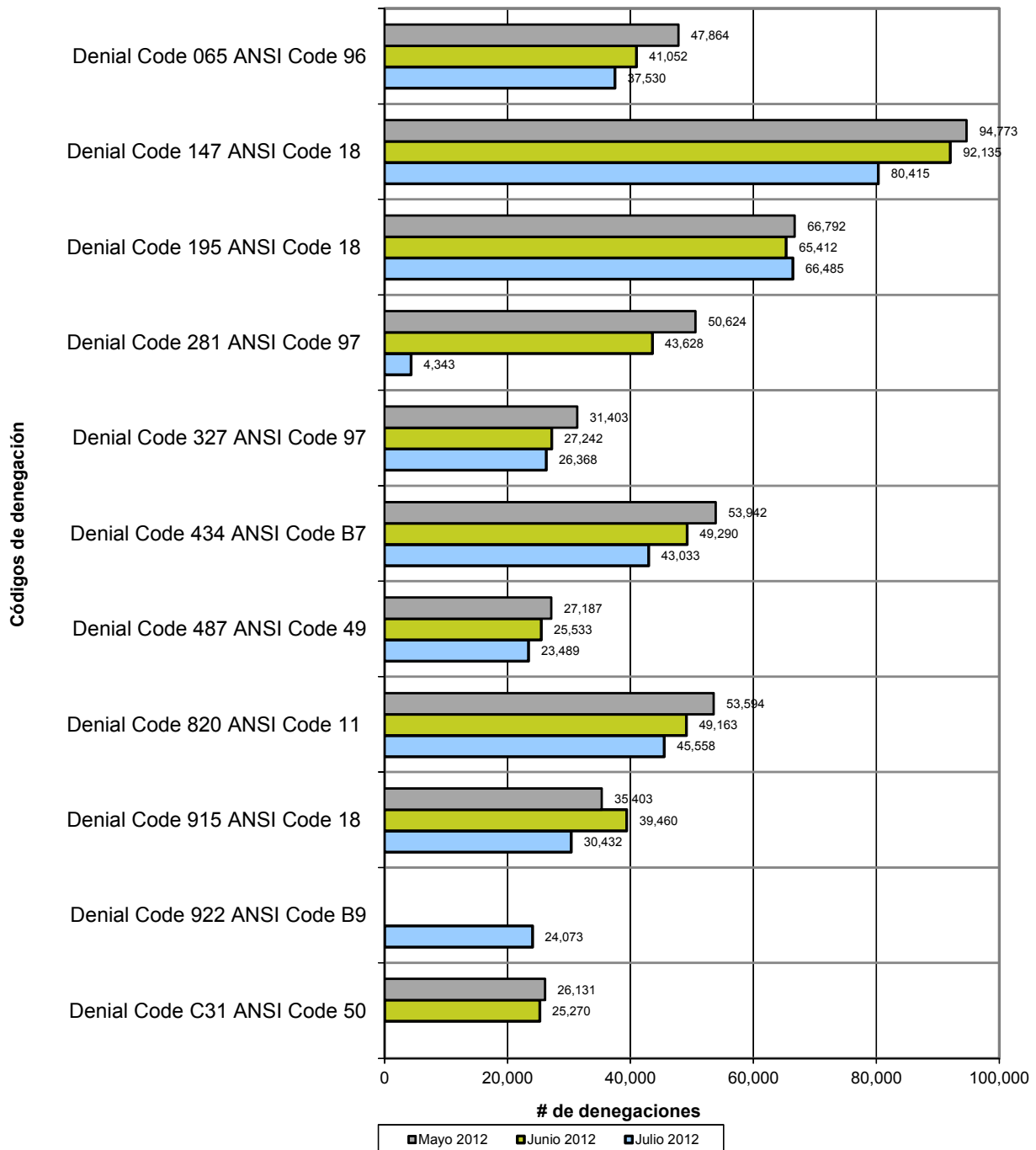
**Nota aclaratoria:** Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene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

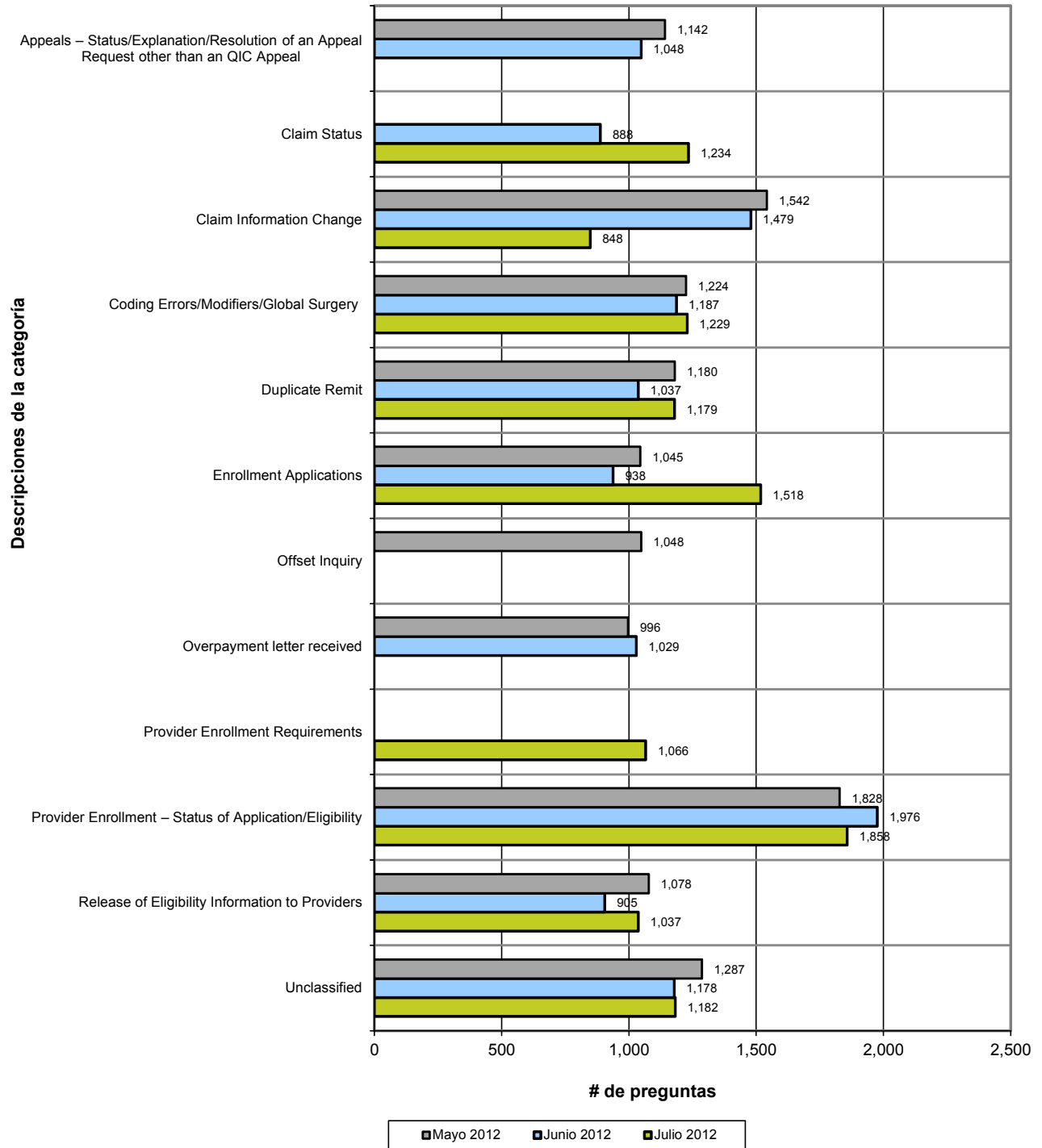
[http://medicareespanol.fcsoc.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fcsoc.com/Preguntas_y_denegaciones/)

### Denegaciones de Parte B más frecuentes en mayo-julio de 2012



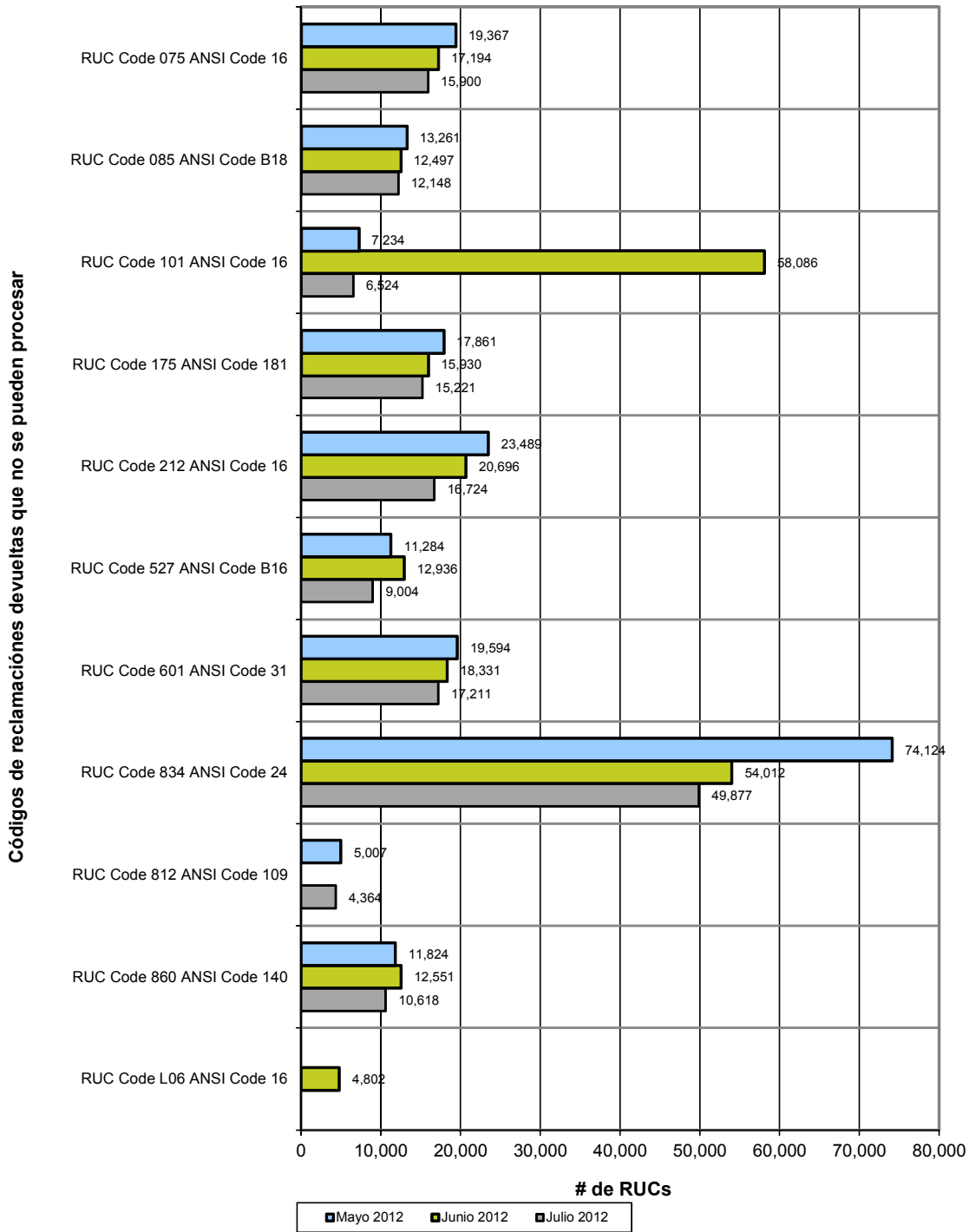
Gráficos.. (Continuación)

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



Gráficos.. (Continuación)

**RUC de Parte B más frecuentes en mayo-julio 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

### LCD nuevas

33224: Biventricular pacing/cardiac resynchronization .....	30
35475: Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance .....	30
93224 Long-term wearable electrocardiographic monitoring (WEM) .....	31
IMT: Telescopio miniatura implantable (IMT) .....	31
THERSVCSPHYSICIAN: Servicios de terapia facturados por médicos/profesionales de la salud .....	32

### Revisiones a las LCD existentes

NCSVCS: Noncovered services .....	32
-----------------------------------	----

### 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).

## LCD Nuevas

### 33224: Biventricular pacing/ cardiac resynchronization therapy – nueva LCD

**Identificador de LCD: L32811 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)**

Ciertos pacientes hospitalizados de grupos relacionados con un diagnóstico médico severo (MS-DRG) para el contratista administrativo de Medicare (MAC) jurisdicción 9 (J9), descrito como implantes de marcapasos permanente y desfibrilador cardíaco fueron identificados por las pruebas integrales de tasa de error (CERT) como alto riesgo de error de pago y están sujetos a una revisión de la edición del prepago. Estos DRG contienen códigos de procedimiento de pacientes hospitalizados que describen el marcapasos biventricular / terapia de re sincronización cardíaca (CRT-marcapasos biventricular) con o sin un desfibrilador cardioversor implantable (CRT-D). Para consistencia, las determinaciones locales de cobertura (LCD) del marcapasos biventricular /terapia de sincronización cardíaca, también fueron desarrolladas para la parte B. En ausencia de determinación de cobertura local (NCD) o LCD, los contratistas usan herramientas de selección, así como el juicio clínico, en la revisión de reclamaciones que contienen estos DRG. En la actualidad no hay NCD 20.8 para Marcapasos Cardíacos y NCD 20.4 para desfibriladores automáticos implantables. Sin embargo, no se refieren específicamente a los requisitos de cobertura para la terapia de re sincronización cardíaca.

Este nuevo LCD ha sido desarrollado para dar indicaciones y limitaciones de la cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT®, códigos de diagnóstico, ICD-9-CM, requerimientos de documentación, lineamientos de uso y lineamientos de codificación para la terapia de re sincronización cardíaca con o sin un desfibrilador cardioversor implantable.

#### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. First Coast Service Options Inc. (FCSO) LCD están disponibles en la base de datos CMS Medicare Coverage Database en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Los lineamientos de codificación para una LCD pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

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

---

### 35475: Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance – nueva LCD

**Identificador de LCD: L32828 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)**

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada basada en un requerimiento del programa de First Coast Service Options (FCSO) del grupo para salvaguardar comunicaciones (PSCG). El análisis de datos y las ocurrencias identificadas en la revisión de reclamaciones de los códigos CPT® 35475 (*Transluminal balloon angioplasty, percutaneous; brachiocephalic trunk or branches, each vessel*) y 35476 (*Transluminal balloon angioplasty, percutaneous; venous*), son facturados en la misma fecha de servicio y este es un escenario que parece ser una tendencia en alza. Los datos revelados también demuestran que los proveedores rutinariamente facturan códigos CPT® 35475 y 35476 en la misma fecha de servicio pasando por alto iniciativas de corrección de códigos apropiadas (CCI) edición actualmente en marcha añadiendo el modificador 59 (Servicio procesal distinto). Además, los códigos CPT® 35475 (arterial) y 35476 (venous) realizados en la misma fecha de servicio se desarrollarán para documentación (archivos requeridos para revisión médica) ya que esta debe ser una rara ocurrencia.

#### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD esboza las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT® que soportan la necesidad médica, requerimientos de documentación, uso de lineamientos, y un anexo de LCD “Coding guidelines”.

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los lineamientos de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

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

## 93224: Long-term wearable electrocardiographic monitoring (WEM) – nueva LCD

### Identificador de LCD: L32818 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada como resultado de la publicación del pago de revisión médica, que mostró una tasa de error con un porcentaje del 49.68 para servicios de monitoreo cardiovascular (*CPT*® código 93271 [*External patient and, when performed, auto activated electrocardiographic rhythm derived event recording with symptom-related memory loop with remote download capability up to 30 days, 24-hour attended monitoring; transmission and analysis*]). Los hallazgos de la revisión médica indican que la documentación no soporta la necesidad médica para la prueba.

Dos LCD actuales, external electrocardiographic recording (L29162/L29422) y patient demand single or multiple event recorder (L29253/L29379) están siendo revisadas y combinadas en una sola LCD con clarificación de las indicaciones de los lineamientos para su utilización. La LCD long-term wearable electrocardiographic monitoring (WEM) se refiere a los códigos *CPT*® anteriores enumerados en las LCD de external electrocardiographic recording y patient demand single or multiple event recorder y a los códigos *CPT*® adicionales 93228, 93229, 0295T, 0296T, 0297T, y 0298T que fueron agregados. El uso del registro electrocardiográfico externo por más de 48 horas y hasta 21 días de ritmo continuo de registro y almacenamiento no ha demostrado ser una norma de atención. Por consiguiente, los códigos *CPT*® 0295T categoría III, 0296T, 0297T, y 0298T requerirán documentación para revisión y consideración individual para determinar la necesidad médica. Esta nueva LCD trata las indicaciones y limitaciones de cobertura, requerimientos de documentación, utilización de lineamientos, y los códigos de diagnóstico ICD-9-CM para monitoreo electrocardiográfico. La LCD de external electrocardiographic recording and patient demand single or multiple event recorder será retirada el 9 de octubre de 2012, cuando la nueva LCD (93224 long-term wearable electrocardiographic monitoring [WEM]) se haga efectiva.

### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los lineamientos de códigos para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página LCD.

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

---

## IMT: Telescopio miniatura implantable (IMT) – nueva LCD

### Identificador de LCD: L32822 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) para telescopio miniatura implantable (IMT) fue desarrollada luego de considerar los comentarios recibidos por varios expertos en el campo y para dar acceso al cuidado a aquellos beneficiarios para los cuales puede que no existan otras opciones de tratamiento. Esta cobertura limitada será permitida para pacientes en un estado terminal no tratable, degeneración macular relacionada con la edad y que cumplan con todos los lineamientos que se han descrito en la sección de la LCD para el uso de IMT “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”.

La LCD esboza indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos *CPT*®/HCPCS 0308T/C1840, ICD-9-CM código 362.51 (Nonexudative senile macular degeneration) que soporta la necesidad médica, requerimientos de documentación, y la utilización de lineamientos.

### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los códigos de lineamientos para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de las LCD.

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

## **THERSVCSPHYSICIAN: Servicios de terapia facturados por médicos/ profesionales de la salud – nueva LCD**

**Identificador de LCD: L32807 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)**

Los servicios de rehabilitación y terapia física son planes de tratamientos prescritos generalmente para mejorar, restaurar y/o compensar el deterioro de la función física como resultado de una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico. El objetivo de la medicina de rehabilitación es regresar al más alto nivel de función realísticamente alcanzable y dentro del contexto de la discapacidad a través del uso de ejercicios terapéuticos, educación y movilización. Durante su análisis de los datos de pruebas integrales de tasa de error (CERT) (en el reporte de noviembre 2011 CERT), First Coast Service Options Inc. (FCSO) identificó una tendencia de crecimiento de errores de pagos en la reclamaciones cuando los servicios de terapias son facturados por médicos en el estado de la Florida. Los servicios facturados por especialidades médicas representan el 70 por ciento de dólares incorrectamente pagados por servicios de terapia con una tasa de error del 19.05 por ciento en el pago de las reclamaciones (basado en dólares). Adicionalmente, la experiencia pasada en la revisión médica ha identificado altas tasas de error en las reclamaciones cuando los servicios de terapia son facturados por los médicos. Las razones más comunes para que un error sea asignado son la falta de documentación, incluyendo la falla al cumplir con la documentación requerida por Medicare para los servicios de terapia y la falla al cumplir con la necesidad médica.

Esta determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para tratar problemas específicos a través de CERT y revisión de historias clínicas cuando los servicios de terapias son facturados por médicos/ profesionales de la salud. Esta LCD da indicación y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, así como la documentación requerida para los servicios de terapia física cuando son facturados por médicos y profesionales de la salud.

Para más información refiérase a la LCD titulada: “Therapy and rehabilitation services for specific indications and limitations for individual therapy modalities”.

### **Fecha de vigencia**

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 12 de octubre de 2012**. FCSO LCD están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los lineamientos de codificación para una LCD (cuando está presente) pueden ser encontrados seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página de LCD.

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

## **Revisiones a las LCD existentes**

### **NCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD**

**Identificador de LCD: L29288 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29398 (Puerto Rico/Islas vírgenes de Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) por servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 2 de julio de 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada para eliminar el código HCPCS C1840 de la sección de la LCD “CPT/ HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Devices” y remover Category III CPT® código 0308T de la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures”. Estos códigos fueron removidos de la LCD de servicios no cubiertos, ya que fueron agregados a una nueva LCD para telescopio miniatura implantable (IMT), L32822 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos).

### **Fecha de vigencia**

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de octubre de 2012**. Las LCD First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando se presenta) pueden ser encontradas eligiendo “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la página superior de la página de LCD.

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



## 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 están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (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 2012 a septiembre 2013.	40300260	Impreso \$33.00		
<b>Catálogo de honorarios de 2012</b> – 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (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. <b>Nota:</b> 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 [ ]				
<b>Escriba de manera legible</b>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</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 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](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://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**