

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Octubre 2012



En esta edición

Actualización de octubre de tarifa fija	3
Congelación parcial de códigos antes de ICD - 10	8
Módulos de adiestramiento prevención de fraude.....	10
Recursos de influenza estacional.....	14
Sistema de pago prospectivo ambulatorio	18
Nuevas pruebas con dispensa	31
Cambios de codificación a los procedimientos de diagnóstico de ultrasonido	31

Licitación está abierta ahora para volver a competir en la Ronda 1 del programa de licitación competitiva de DMEPOS

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) está ahora solicitando licitaciones para volver a competir en la Ronda 1 del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS).

Todas las licitaciones deben ser presentadas en DBidS, el sistema de licitación en línea, antes de las 9:00pm Hora del Este prevaleciente el 14 de diciembre de 2012. Todos los documentos impresos requeridos que deben ser incluidos como parte del paquete de licitación deben ser recibidos por el contratista de implementación de licitación competitiva (CBIC) en o antes del 14 de diciembre de 2012. El periodo de contrato para volver a competir en la Ronda 1 es el 1 de enero de 2014 - 31 de diciembre de 2016.

Todos los licitantes deben presentar ciertos documentos impresos requeridos según especificados en las [instrucciones para solicitud de licitaciones \(RFB\)](#). CMS exhorta a todos los licitantes a aprovechar el proceso de revisión de documento cubierto. Bajo este proceso, le notificaremos a los suplidores que presenten sus documentos financieros en copias impresas para la fecha de revisión del documento cubierto (CDRD) de cualquier documento financiero que falte. El CDRD para volver a

competir en la Ronda 1 es el 14 de noviembre de 2012 – los documentos financieros deben ser recibidos en o antes del 14 de noviembre de 2012 para cualificar para el proceso de revisión de documentos cubiertos. Este proceso sólo determina si falta cualquier documento financiero. El mismo no indica si los documentos son aceptables, precisos, o cumplen con los requisitos aplicables. Los suplidores que presenten documentos financieros por el CDRD serán notificados de cualquier documento financiero que falte dentro de 90 días del CDRD. Se le requerirá a los suplidores presentar los documentos financieros que falten dentro de 10 días laborables de la notificación.

Las áreas de licitación competitiva y categorías de productos para volver a competir en la Ronda 1, información de DBidS, hojas de cálculos de preparación de licitación, materiales educativos, e instrucciones RFB completas pueden ser encontradas en el sitio web de CBIC. Los suplidores deben revisar esta información antes de presentar sus licitaciones. CMS enviará actualizaciones importantes de licitación a través de correo electrónico, así que todos los suplidores interesados en licitar son exhortados a inscribirse para actualizaciones

(Continúa en la página 8)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Nueva NCD de criterio de cobertura para reemplazo de válvula aórtica de transcatóter	3
Actualización de octubre de base de datos de tarifa fija para médicos de Medicare	3
Revisión de los pagos de Medicare que superen los cargos (enero 2006 a diciembre 2007) ..	4
Revisión de los pagos de Medicare que superen los cargos (enero 2008 a junio 2009)	6
Congelación parcial de códigos antes de la implementación del ICD-10	8
Impactos de la conversión de ICD-10 al sistema relacionado con las NCD	9
Información actualizada de la implementación del ICD-10	10
Módulos de adiestramiento de prevención de fraude de CMS para proveedores	10
Actualización anual 2013 de la tarifa del factor de coagulación suministrado	11
Una guía del médico para la parte D de Medicare	12
Actualización 2013 del cargo razonable para férulas, yesos y ciertos lentes intraoculares....	12
Cuota máxima permitida de pago para vacuna de influenza - actualización anual	13
Recordatorios importantes antes de completar el formulario de preaprobación	13
Recursos de influenza estacional para profesionales del cuidado de la salud 2012-2013	14
Deficiencias de documentación en interpretación y reporte de servicios de imagen	15
Horarios del Sistema de Respuesta Automática y de centros de contacto para PR.....	16
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	16

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos	17
-----------------------------------	----

Parte A

Pagos Prospectivos

Validación sistemática de códigos de grupo de pago para sistemas de pago prospectivo.....	18
Pagos del sistema de pago prospectivo ambulatorio de Medicare	18
Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados versión 13.3 octubre	19

Información General

Nueva edición de consistencia para evaluar el NPI del médico que atiende	20
Facturación correcta del proveedor del ítem de la línea de interpretación médica	20
Revisión médica prepago reclamaciones de hospitalización - seguimiento de webcast	21

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	23
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A	26
--------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte A	28
-------------------------------------	----

Contactos Parte A de Puerto Rico	29
--	----

Parte B

Facturación

Revisión y aclaración de las instrucciones de codificación para el lugar de servicio	30
Nuevas pruebas con dispensa	31
Cambios de codificación a los procedimientos de diagnóstico de ultrasonido.....	31

Gráficos

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Ordenar materiales de Parte B	37
-------------------------------------	----

Contactos Parte B de Puerto Rico	38
--	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 10
Octubre 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.

Cobertura y Reembolso

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: CR 7897
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de septiembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de mayo de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2552CP y R147NCD
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 sólo 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 en el tipo de factura 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/R147NCD.pdf>.
<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2552CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 147, CR 7897
CMS Pub. 100-04, Transmittal 2552, 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.

Actualización de octubre de la base de datos de tarifa fija para médicos de Medicare del CY 2012

Número de *MLN Matters*: MM8017 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: CR 8017
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de septiembre de 2012
Fecha de efectividad: 27 de junio de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2559CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8017 e instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos de tarifa fija para médicos de Medicare para el año calendario (CY) 2012.

La CR 8017 también señala que la Office of Clinical Standards and Quality (OCSQ-CMS) ha actualizado su determinación de cobertura nacional concerniente al código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 43775 (Lap sleeve gastrectomy). Este código HCPCS era previamente un servicio no cubierto (estatus N), y la CR 8017 ahora instruye que será portador de precio (estatus C).

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8017.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8017, 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/R2559CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2559, CR 8017

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

Facturación

Revisión de los pagos de Medicare que superen los cargos por servicios para pacientes no hospitalizados de enero de 2006 a diciembre de 2007

La Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) recientemente completó una revisión de las reclamaciones de pacientes no hospitalizados procesadas por First Coast Service Options Inc. (FCSO) en la Jurisdicción 9 (J9) para el período que va del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2007. El objetivo de la OIG con esta revisión fue determinar si ciertos pagos de Medicare que FCSO había realizado a los proveedores que superaban a los cargos para servicios para pacientes no hospitalizados eran correctos.

Las pautas de Medicare requieren que los proveedores presenten reclamaciones exactas por los servicios para pacientes no hospitalizados. Medicare utiliza un sistema de pagos prospectivos por pacientes no hospitalizados (outpatient prospective payment system, OPSS) para pagar a determinados proveedores de pacientes no hospitalizados. Con este método de reembolso, el pago de Medicare no se basa en el monto que cobra el proveedor; por lo tanto, los cargos facturados, por lo general, no afectan los montos de pagos prospectivos actuales de Medicare. Los cargos facturados, por lo general, superan el monto de pago de Medicare; por lo tanto, un pago de Medicare que supere significativamente los cargos facturados, posiblemente sea un pago en exceso.

Resumen de resultados

Durante el período de auditoría, FCSO procesó, aproximadamente, 91 millones de conceptos de servicios para pacientes no hospitalizados. De los 326 conceptos seleccionados para revisión, 67 fueron correctos. Los proveedores reembolsaron los pagos en exceso en 6 conceptos que ascendieron a un total de casi \$73,000. Los 253 conceptos restantes fueron incorrectos e incluyeron pagos en exceso que ascendieron a un total de casi \$ 1.7 millones.

Con respecto a los 253 conceptos incorrectos:

- Los proveedores informaron unidades de servicio incorrectas en 203 conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de más \$1.4 millones.
- Los proveedores informaron una combinación de unidades de servicio incorrectas reclamadas y códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS) incorrectos en 22 conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de más de \$93,000.
- Los proveedores usaron códigos del HCPCS que no reflejaron los procedimientos realizados en 17 conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de más de \$101,000.
- Los proveedores no proporcionaron documentación respaldatoria para 11 conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de casi \$86,000.

Se realizaron pagos incorrectos debido a los siguientes motivos:

- Los proveedores atribuyeron los pagos incorrectos a errores administrativos o a sistemas de facturación que no pudieron evitar ni detectar la facturación incorrecta de las unidades de servicio y otros tipos de errores de facturación.

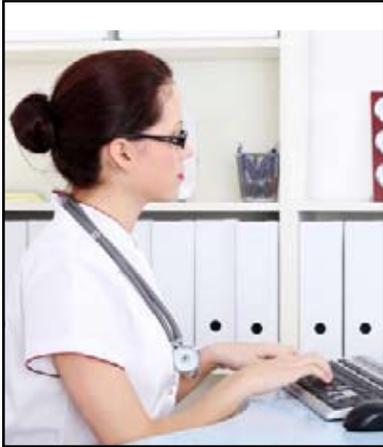
(Continúa en la página siguiente)

Revisión... (continuación)

- El sistema compartido del intermediario fiscal (fiscal intermediary shared system, FISS) de Medicare y el archivo común de trabajo (common working file, CWF) tenían modificaciones vigentes insuficientes durante la auditoría para prevenir o detectar pagos en exceso.

Asuntos identificados como pagos en exceso

- Cantidad incorrecta de unidades de servicio.
 - Ejemplo: Un proveedor facturó a Medicare por unidades de servicio incorrectas en seis conceptos. En vez de facturar entre 1 y 485 unidades de servicio (los códigos del HCPCS correctos asociados con estos conceptos), el proveedor facturó entre 250 y 4,850 unidades de servicio. Las unidades se indicaron en exceso porque la tabla de factores de conversión de medicamentos de la farmacia no estaba actualizada.



- Ejemplo: Otro proveedor facturó a Medicare por unidades de servicio incorrectas en ocho conceptos. El proveedor cobró incorrectamente múltiples unidades de servicios por incrementos del tiempo de quirófano en vez de una unidad de servicio por la cirugía ambulatoria realizada. Estos errores ocurrieron porque el proveedor no tenía las modificaciones electrónicas vigentes.
- Combinación de cantidad incorrecta de unidades de servicio y códigos del HCPCS incorrectos.
- Ejemplo: Un proveedor facturó a Medicare por un procedimiento con 200 unidades de servicio. Sin embargo, tanto el procedimiento facturado como las unidades de servicio fueron incorrectos. El proveedor debió haber facturado utilizando un código de procedimiento diferente con una unidad de servicio.

- HCPCS incorrecto
 - Ejemplo: Debido a un error humano, un proveedor facturó a Medicare por nueve conceptos de terapia de infusión utilizando códigos del HCPCS incorrectos.
- Servicios sin respaldo.
 - Los proveedores no proporcionaron documentación respaldatoria.

FCSO actualmente tiene modificaciones vigentes sobre mínimos que se centran en los cargos excesivos; muchas de estas modificaciones fueron revisadas y/o implementadas desde el final del período de revisión.

Recursos de educación al proveedor

Los proveedores son responsables de asegurar que se facturen correctamente los códigos del HCPCS y las unidades de servicio adecuados por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare y que estén de acuerdo con las pautas de codificación. Los proveedores deberán utilizar los códigos del HCPCS adecuados e informar las unidades de servicio como la cantidad de veces que se brindó un servicio o se realizó un procedimiento o, si el HCPCS está asociado con un medicamento, la cantidad de unidades administradas.

Los siguientes recursos proporcionan información que lo asistirá con la facturación correspondiente de los servicios para pacientes no hospitalizados.

- Medicare Claims Processing Manual, Publicación 100-04.
 - Capítulo 1 - General Billing Requirements (Requisitos generales de facturación), Sección 80.3.2.2 FI Consistency Edits (Modificaciones de coherencia del FI) – <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c01.pdf>
 - Capítulo 5 - Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services (Servicios de rehabilitación para pacientes no hospitalizados de la Parte B y del CORF/de OPT), Sección 20.2 Reporting of Service Units with HCPCS (A - D) (Elaboración de informes de las unidades de servicio con el HCPCS [A - D]) – <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c05.pdf>
 - Capítulo 12 - Physicians/Nonphysician Practitioners (Profesionales de la salud médicos/no médicos) – <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c12.pdf>
 - Capítulo 17 - Drugs and Biologicals (Medicamentos y productos biológicos), Sección 70 Claims Processing Requirements - General (Requisitos generales para el procesamiento de reclamaciones) – <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c17.pdf>

(Continúa en la página siguiente)

Revisión... (continuación)

- Capítulo 23 - Fee Schedule Administration and Coding Requirements (Administración de tarifa fija y requisitos de codificación), Sección 20.3 Use and Acceptance of HCPCS Codes and Modifiers (Uso y aceptación de códigos y modificadores del HCPCS) – <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c23.pdf>
- Medically Unlikely Edits (MUEs) - billing the correct number of units (Modificaciones por servicios médicamente improbables [MUE]: cómo facturar la cantidad correcta de unidades) – <http://www.cms.gov/Medicare/Coding/NationalCorrectCodInitEd/MUE.html>

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

Revisión de los pagos de Medicare que superan los cargos por servicios para pacientes no hospitalizados para el período de enero de 2008 a junio de 2009

La Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) recientemente completó una revisión de las reclamaciones de pacientes no hospitalizados procesadas por First Coast Service Options Inc. (FCSO) en la Jurisdicción 9 (J9) para el período del 1 de enero de 2008 al 30 de junio de 2009. El objetivo de la OIG con esta revisión fue determinar si determinados pagos de Medicare que FCSO había realizado a los proveedores que superaban los cargos por los servicios para pacientes no hospitalizados eran correctos.

Las pautas de Medicare requieren que los proveedores presenten reclamaciones precisas por los servicios para pacientes no hospitalizados. Medicare usa un sistema de pagos prospectivos por pacientes ambulatorios (outpatient prospective payment system, OPSS) para pagar a determinados proveedores de servicios para pacientes no hospitalizados. Con este método de reembolso, el pago de Medicare no se basa en el monto que cobra el proveedor; por lo tanto, los cargos facturados, por lo general, no afectan los montos de pagos prospectivos actuales de Medicare. Por lo general, los cargos facturados superan el monto de pago de Medicare; por lo tanto, es probable que un pago de Medicare que supera los cargos facturados en forma significativa sea un pago en exceso.

Resumen de los resultados

Durante el período de la auditoría, FCSO procesó, aproximadamente, 78 millones de conceptos de los servicios para pacientes no hospitalizados. De los 295 conceptos seleccionados para revisión, 179 fueron correctos. Los proveedores reembolsaron los pagos en exceso en tres conceptos, que ascendieron a un total de más de \$544,000. Los 113 conceptos restantes fueron incorrectos e incluyeron pagos en exceso que ascendieron a un total de más de \$847,000.

De los 113 conceptos incorrectos:

- Los proveedores informaron unidades de servicio incorrectas en 71 conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de más de \$485,000.
- Los proveedores informaron una combinación de unidades de servicio incorrectas reclamadas y códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS) incorrectos en 29 conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de casi \$206,000.
- Los proveedores usaron códigos del HCPCS que no reflejaron los procedimientos realizados en 10 conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de casi \$151,000.
- Los proveedores no proporcionaron documentación respaldatoria para tres conceptos, lo que dio como resultado pagos en exceso que ascendieron a un total de casi \$5,700.

Se realizaron pagos incorrectos debido a los siguientes motivos:

- Los proveedores atribuyeron los pagos incorrectos a errores administrativos o a sistemas de facturación que no pudieron evitar ni detectar la facturación incorrecta de las unidades de servicio y otros tipos de errores de facturación.
- El sistema compartido del intermediario fiscal (fiscal intermediary shared system, FISS) de Medicare y el archivo común de trabajo (common working file, CWF) tenían modificaciones insuficientes vigentes durante la auditoría para prevenir o detectar pagos en exceso.

(Continúa en la página siguiente)

Revisión... (continuación)

Asuntos identificados como pagos en exceso

- Cantidad incorrecta de unidades de servicio.
 - Ejemplo: Unidades de servicio incorrectas para el tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas.
 - Ejemplo: Error administrativo. Se facturaron 500 unidades de servicio en lugar de 200.
- Combinación de cantidad incorrecta de unidades de servicio y códigos del HCPCS incorrectos.
 - Ejemplo: Se facturó el procedimiento para el tratamiento del cáncer con 440 unidades de servicio; sin embargo, el tratamiento se codificó en forma incorrecta. Debió haberse facturado un código diferente con 15 unidades de servicio.
- HCPCS incorrecto.
 - Ejemplo: El proveedor facturó la terapia de infusión utilizando un código de inyección para quimioterapia incorrecto.
- Servicios sin respaldo.
 - Los proveedores no proporcionaron documentación respaldatoria.

FCSO implementó modificaciones para abordar los cargos excesivos; muchas de esas modificaciones fueron revisadas o implementadas después de haber concluido la auditoría de la OIG.

Recursos de educación al proveedor

Los proveedores son responsables de asegurar que los códigos del HCPCS y las unidades de servicio adecuados se facturen correctamente por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare y que estén de acuerdo con las pautas de codificación. Los proveedores deberán utilizar los códigos del HCPCS adecuados e informar las unidades de servicio como la cantidad de veces que se brindó un servicio o se realizó un procedimiento o, si el HCPCS está asociado con un medicamento, la cantidad de unidades administradas.

Los siguientes recursos proporcionan información que lo asistirá con la facturación correspondiente de los servicios para pacientes no hospitalizados.

- Medicare Claims Processing Manual, Publicación 100-04.
 - Capítulo 1 - General Billing Requirements (Requisitos generales de facturación), Sección 80.3.2.2 FI Consistency Edits (Modificaciones de coherencia del FI) – <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c01.pdf>
 - Capítulo 5 - Part B Outpatient Rehabilitation and CORF/OPT Services (Servicios de rehabilitación para pacientes no hospitalizados de la Parte B y del CORF/de OPT), Sección 20.2 Reporting of Service Units with HCPCS (A – D) (Elaboración de informes de las unidades de servicio con el HCPCS [A - D]) – <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c05.pdf>
 - Capítulo 12 - Physicians/Nonphysician Practitioners (Profesionales de la salud médicos/no médicos) – <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c12.pdf>
 - Capítulo 17 - Drugs and Biologicals (Medicamentos y productos biológicos), Sección 70 Claims Processing Requirements - General (Requisitos generales para el procesamiento de reclamaciones) – <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c17.pdf>
 - Capítulo 23 - Fee Schedule Administration and Coding Requirements (Administración de tarifa fija y requisitos de codificación), Sección 20.3 Use and Acceptance of HCPCS Codes and Modifiers (Uso y aceptación de códigos y modificadores del HCPCS) – <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c23.pdf>
- Medically Unlikely Edits (MUEs) - billing the correct number of units (Modificaciones por servicios médicamente improbables [MUE]: cómo facturar la cantidad correcta de unidades) – <http://www.cms.gov/Medicare/Coding/NationalCorrectCodInitEd/MUE.html>

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

Licitación está abierta... (continuación)

de correo electrónico en el sitio web de CBIC en www.DMECompetitiveBid.com. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso de licitación, por favor contacte el centro de servicio al cliente CBIC al 1-877-577-5331.

Las fechas previstas de inscripción para oficiales autorizados (AO) y oficiales autorizados de respaldo (BAO) para inscribirse para una identificación de usuario y contraseña en el sistema Individuals Authorized Access to the CMS Computer Services (IACS) de CMS han pasado. Los usuarios finales (EU), así como también cualquier AO y BAO que todavía no se hayan inscrito, deben estarse inscribiendo ahora. Sólo los suplidores que se hayan inscrito en IACS y recibido una identificación de usuario y contraseña podrán acceder el sistema de licitación en línea y presentar licitaciones. Si el AO para su compañía no se ha inscrito todavía, no podemos garantizarle que él o ella podrán completar el proceso de inscripción antes de que la inscripción se cierre. Si su AO no se inscribe, usted no puede licitar y no será elegible para un contrato. En adición, los suplidores a los cuales sus AO no se hayan inscrito están en riesgo de experimentar retrasos al acceder el sistema de licitación en línea para conseguir un número de licitante y por lo tanto perder la oportunidad para presentar documentos financieros por el CDRD.

La inscripción cerrará el 19 de octubre de 2012, a las 9pm Hora del Este prevaeciente – ningún AO, BAO o EU se puede inscribir luego de que cierre la inscripción. Los suplidores que no se inscriban no pueden licitar y no son elegibles para contratos.

La inscripción es típicamente un proceso rápido y fácil si usted sigue las instrucciones paso a paso de la “[IACS Reference Guide](#)” publicada en el sitio web de CBIC.

Para inscribirse, visite el sitio web de [CBIC](#) y haga clic en Round 1 Recompete. Luego, haga clic en, “REGISTRATION IS OPEN” sobre el reloj de inscripción en esa página. Por favor tenga en cuenta que los suplidores con múltiples localidades típicamente deben inscribir sólo un número de acceso del proveedor para transacciones (PTAN) el cual presentará la licitación para todas las localidades. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso de inscripción, por favor contacte el centro de servicio al cliente de CBIC.

Para licitar, visite el sitio web de [CBIC](#) y haga clic en Round 1 Recompete. Luego haga clic en “BIDDING IS OPEN” sobre los relojes en esa página.

Por favor tenga en cuenta que las instrucciones de RFB inicialmente publicadas en el sitio web de CBIC contienen las fechas límites previstas para presentación de licitación. CMS está en el proceso de actualizar estas instrucciones para reflejar las fechas límites efectivas para presentación de licitación, las cuales están mostradas en este anuncio.

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 201210-05

ICD 10

Congelación parcial de códigos antes de la implementación del ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE1240

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

El comité ICD-9-CM Coordination & Maintenance (C&M) committee implementó un congelamiento parcial de los códigos ICD-9-CM e ICD-10 (ICD-10-CM e ICD-10-PCS) antes de la implementación del ICD-10 que terminaría un año después de la implementación del ICD-10. La implementación de ICD-10 se retrasó desde el 1 de octubre de 2013, al 1 de octubre de 2014. El congelamiento parcial se llevará a cabo de la siguiente manera:

- Las últimas actualizaciones regulares anuales para el grupo de códigos ICD-9-CM y el ICD-10 se realizaron el 1 de octubre de 2012.
- El 1 de octubre de 2012 y el 1 de octubre de 2013 sólo habrá actualizaciones limitadas de códigos tanto para el grupo de códigos ICD-9-CM, como para ICD-10 para capturar las nuevas tecnologías y enfermedades según lo requerido por la Sección 503(a) de Pub. L. 108-173.
- El 1 de octubre de 2014 sólo habrá actualizaciones limitadas del grupo de códigos ICD-10 para capturar las nuevas tecnologías y enfermedades según lo requerido por la Sección 503(a) de Pub. L. 108-173. No habrá cambios al grupo de códigos ICD-9-CM, ya que no serán utilizados para reportes.

(Continúa en la página siguiente)

Congelación... (continuación)

- El 1 de octubre de 2015 se iniciarán actualizaciones regulares de ICD-10.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1240.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1240

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.

Impactos de la conversión de ICD-10 a la edición del sistema relacionado con las determinaciones de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*: MM7818

Número de petición de cambio relacionado: CR 7818

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de septiembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1122OTN

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

A partir del 1 de octubre de 2014, todas las presentaciones de las reclamaciones de Medicare se convertirán de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Edición (ICD-9) a la 10ª Edición (ICD-10).

Los requerimientos descritos en la petición de cambio (CR) 7818 reflejan los cambios operativos necesarios para implementar la conversión de los códigos específicos de diagnóstico del sistema compartido de Medicare a numerosas determinaciones de cobertura nacional (NCD) de Medicare. Los cambios incluyen la creación y actualización de las NCD codificadas en la edición del sistema compartido de Medicare que contiene los códigos de diagnóstico ICD-9 con los códigos de diagnóstico comparables de ICD-10.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7818.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7818, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1122OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1122, CR 7818

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.

Encuentre las tarifas más rápido: Pruebe la búsqueda de tarifa fija de FCSO

Encuentre rápidamente la información de tarifa fija que necesita - con la búsqueda de tarifa fija de FCSO, localizada en http://medicare.fcso.com/Fee_lookup/fee_schedule.asp Este exclusivo recurso en línea cuenta con una interfaz intuitiva que le permite buscar información de tarifa por código de procedimiento. Además, puede encontrar cualquier determinación de cobertura local (LCD) relacionada con sólo el clic de un botón.

Información actualizada de la implementación del ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE1239
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de la edición especial de *MLN Matters*® reemplaza el artículo SE1019 y proporciona información actualizada sobre la implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición, modificación clínica y el grupo de códigos del sistema procedimiento de codificación (ICD-10-CM/ICD-10-PCS), para ayudarle a entender mejor – y prepararse para – el cambio de ICD-9-CM a ICD-10 para el diagnóstico médico y el procedimiento de codificación de hospitalización. La fecha relacionada con la **implementación del ICD-10 es ahora el 1 de octubre de 2014**, como se anunció en la norma final CMS-0040-F, emitida el 24 de agosto de 2012.

Si no está listo, sus reclamos no serán pagados. Prepararse desde ahora; puede ayudarle a evitar posibles problemas de reembolso.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1239.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1239

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

Módulos de adiestramiento de prevención de fraude de CMS para proveedores

En junio de 2012, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) produjo dos módulos de adiestramiento de prevención de fraude que están actualmente disponibles en el sitio web de Medscape. Estos módulos proveen información clave para profesionales del cuidado de la salud y profesionales sobre cómo pueden ayudar a CMS a prevenir el fraude y abuso, así como también resaltar los esfuerzos de CMS para combatir el fraude y abuso y explicar cómo los profesionales del cuidado de la salud pueden ser parte de estos esfuerzos.

El primer módulo, “Reducing Medicare and Medicaid Fraud and Abuse: Protecting Practices and Patients,” presenta las iniciativas de prevención y concientización de fraude enfocado en el proveedor de CMS. El objetivo de esta actividad es proveer a los profesionales del cuidado de la salud ideas viables para trabajar con CMS y otras agencias que investigan sospechas de fraude y abuso. Este módulo también le informa a los proveedores sobre cómo pueden reducir el riesgo de fraude y abuso para sus prácticas y pacientes. Este módulo puede ser encontrado en <http://www.medscape.org/viewarticle/764496>.

El objetivo del segundo módulo, “How CMS Is Fighting Fraud: Major Program Integrity Initiatives,” describe estrategias más recientes y en curso que CMS ha llevado a cabo para detectar y prevenir fraude y abuso en los programas de Medicare y Medicaid. El objetivo de esta actividad es aumentar la concientización entre los proveedores sobre las estrategias que CMS ha llevado a cabo para detectar y prevenir fraude y abuso en los programas de Medicare y Medicaid. Este módulo puede ser encontrado en <http://www.medscape.org/viewarticle/764791>.

Los módulos caracterizan a Dr. Peter Budetti, Administrador Adjunto del Centro para Integridad del Programa; Dr. Shantanu Agrawal, Director Médico del Centro para Integridad del Programa; y Mary Agnes Lauren, antecesora del Administrador Adjunto del Centro para Integridad del Programa.

Un total de crédito de 1.25 horas de educación médica continua (CME) se puede ganar para cualquier usuario de Medscape registrado como doctor o profesional del cuidado de la salud. Las cuentas de Medscape son libres de costo, y los usuarios no tienen que ser profesionales del cuidado de la salud para inscribirse en ellas. Inscripción es en la página de destino de <http://www.medscape.com/>.

(Continúa en la página siguiente)

Módulos... (continuación)

Instrucciones para acceder los módulos de Medscape

Paso 1: Acceda el sitio web <http://www.medscape.org/>. Las cuentas de Medscape son libres de cargos.

Paso 2: La inscripción está en la esquina superior derecha de la página principal de <http://www.medscape.org/> al lado del campo de entrada.

Paso 3: Para acceder los módulos, primero ingrese su información de registro de membresía.

Paso 4: Para ver el módulo "Reducing Medicare and Medicaid Fraud and Abuse: Protecting Practices and Patients", utilice este enlace: <http://www.medscape.org/viewarticle/764496>.

Paso 5: Para ver el módulo "How CMS Is Fighting Fraud: Major Program Integrity Initiatives", utilice este enlace: <http://www.medscape.org/viewarticle/764791>.

Fuente: TDL 12472

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

Actualización anual 2013 de la tarifa del factor de coagulación suministrado

Número de *MLN Matters*: MM8049

Número de petición de cambio relacionado: 8049

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de septiembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2554CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8049, de la cual es tomado este artículo, anuncia que para el año calendario 2013, la tarifa del factor de coagulación suministrado de \$0.188 se incluye por unidad en el límite de pago publicado por factores de coagulación. La tarifa será agregada al pago de un factor de coagulación cuando no se publica el límite de pago para el factor de coagulación, ya sea en el precio promedio de venta (ASP), o en archivos de medicamentos no clasificados (NOC).

La tarifa del factor de coagulación suministrado se actualiza cada año calendario basado en el aumento del porcentaje del índice de precios al consumidor (CPI) para la atención médica para el período de 12 meses finalizando en junio del año anterior.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8049.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8049, 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/R2554CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2554, CR 8049

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.

Una guía del médico para la Parte D de Medicare de los programas de manejo de medicamentos para terapias

Número de *MLN Matters*: SE1229
 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

A partir de enero de 2013, los pacientes de Medicare inscritos en la Parte D de Medicare de los programas de manejo de medicamentos para terapias (MTM) recibirán un resumen estandarizado impreso, formulario CMS-10396, como una referencia sobre la revisión exhaustiva de su medicación. Este resumen incluye una carta de presentación, el plan de acción de la medicación, y la lista de medicamentos personales. Se recomienda que sus pacientes

compartan estos documentos con usted y con otros proveedores del cuidado de la salud en sus visitas regulares y se soliciten las actualizaciones según sea necesario.

Usted también puede ser contactado por los proveedores de MTM a quienes se les requiere controlar los medicamentos de terapias para los pacientes de todos sus proveedores del cuidado de la salud. Esto puede dar lugar a las recomendaciones que se compartan con usted acerca de las interacciones inseguras o peligrosas y las alternativas terapéuticas. Sus pacientes también pueden recibir recomendaciones sobre el uso apropiado de medicamentos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1229.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1229

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 del 2013 del cargo razonable para férulas, yesos y ciertos lentes intraoculares

Número de *MLN Matters*: MM8051
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8051
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de octubre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2565CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los cargos para férulas y yesos se continúan realizando de forma razonable, así como para los lentes intraoculares implantados en el consultorio del médico. Los límites de pago del 2013 para férulas y yesos se basará en los límites del 2012 que han incrementado en un 1.7 por ciento; el porcentaje de variación del índice de precios al consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U) para el período de 12 meses que finaliza el 30 de junio de 2012.

Los contratistas de Medicare realizarán los pagos de férulas y yesos suministrados en el 2013 basados en el mínimo del cargo actual o por encima de los límites de pago.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8051.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8051, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2565CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2565, CR 8051

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.

Cuota máxima permitida de pago para vacuna de influenza – actualización anual para la temporada 2012-2013

Número de *MLN Matters*: MM8047 Revisada

Número de petición de cambio relacionado: CR 8047

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de octubre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2562CP

Fecha de implementación: No más tarde del 28 de diciembre de 2012

Resumen

Las cuotas máximas permitidas de pago para las vacunas de influenza son actualizadas de forma anual. Efectivo para fechas de servicio a partir del 1 de agosto, excepto cuando el pago es basado en costo razonable, las cuotas máximas permitidas de pago de la Parte B de Medicare son como sigue:

Código de procedimiento	Cuota máxima
90655	\$16.456
90656	\$12.398
90657	\$6.023
Q2035	\$11.543
Q2036	\$9.833
Q2037	\$14.051
Q2038	\$12.046

El pago para Q2034, Q2039, 90654, 90660, y 90662 puede ser efectuado si el contratista de procesamiento de reclamación local determina que su uso es médicamente razonable y necesario para el beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM8047.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8047, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2562CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2562, CR 8047

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.

Recordatorios importantes antes de completar el formulario de preaprobación de servicios de terapia

El departamento de Revisión Médica de First Coast Service Options (First Coast) está devolviendo un alto volumen de formularios de *solicitud de preaprobación para servicios de terapia* debido a la información inexacta, incompleta o inválida. Las solicitudes que se devuelven no serán procesadas. Las correcciones deben ser completadas y una nueva solicitud debe ser presentada. La siguiente lista ha sido desarrollada para ayudar a evitar esta situación.

Estas son algunas cosas que debe comprobar antes de enviar un fax o enviar por correo su formulario:

- Compruebe que está presentando la solicitud de preaprobación durante su fase apropiada. Las preaprobaciones no podrán presentarse antes de los 15 días del comienzo de su fase de aplicación.
- No envíe documentación sin el formulario completo de solicitud de preaprobación.
- No use su propia portada cuando envíe por fax el formulario de preaprobación. El formulario completo de preaprobación servirá como su portada.
- No divida una única solicitud en varios faxes. Toda la documentación para una sola solicitud de
(Continúa en la página siguiente)

Recordatorios... (continuación)

preaprobación debe presentarse junta. No envíe solicitudes duplicadas.

- Terapia física (PT), Terapia ocupacional (OT), o patología del habla y lenguaje (SLP) deben ser revisadas en el formulario de preaprobación para indicar la disciplina terapéutica para la cual se requieren los días adicionales.
- Si un paciente está recibiendo múltiples disciplinas (por ejemplo, OT, PT) para las cuales usted está solicitando más días de terapia, se debe presentar dos solicitudes separadas.
- Proporcione el número correcto de acceso a transacciones del proveedor (PTAN) y/o identificador nacional del proveedor (NPI) de la instalación o individuo correspondiente dependiendo si estos son para una instalación/entidad de la Parte A o un individuo/proveedor de servicios de la Parte B. Si incluye una instalación/entidad, informe el nombre legal del negocio tal como se informó al Internal Revenue Service (IRS), Servicio de Impuestos Internos.
- Usted debe incluir el nombre y el número de teléfono de la persona a contactar con respecto a la solicitud de preaprobación.
- Para los proveedores y terapeutas que actualmente están en cualquier tipo de acción correctiva (por ejemplo, investigación, revisión prepago, el programa de zona de integridad del contratista, etc) el proceso no está exento de la revisión de prepago y por lo tanto usted debe considerar si el proceso de preaprobación es beneficioso para su oficina. Independientemente de si usted recibe una confirmación para su aprobación o denegación de los días adicionales de la terapia, una vez que los servicios se prestan y una reclamación es enviada, First Coast solicitará los expedientes médicos para su revisión antes de determinar si se realizará el pago.

Recursos de influenza estacional para profesionales del cuidado de la salud 2012-2013

Número de *MLN Matters*: SE1242

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 brotes anuales de influenza estacional típicamente ocurren de octubre a mayo; alcanzando el máximo en enero y febrero. La enfermedad de la influenza estacional usualmente dura de una a dos semanas, y complicaciones relacionadas a la influenza incluyen neumonía y deshidratación. Recibir la vacuna contra la influenza es su mejor protección contra la influenza.



Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid le recuerda a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare Parte B le reembolsa a los proveedores del cuidado de la salud para vacunas de influenza estacional y su administración. Medicare provee cobertura de la vacuna de influenza estacional sin ningún costo de desembolso al paciente de Medicare. No aplican deducibles o copago/coaseguro.

Este artículo provee una lista de recursos educativos para ayudar a entender la cobertura, codificación, facturación y pautas de reembolso para vacunas de influenza estacional y su administración.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1242.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1242

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.

Deficiencias de documentación en interpretación y reporte de servicios de imagen diagnóstica

Setenta por ciento de estudios de imágenes sencillas, tomografía computadorizada e imágenes de resonancia magnética no siguieron una o más pautas de práctica de documentación promovidas por el American College of Radiology (ACR), de acuerdo al reporte de la oficina del inspector general (OIG) del 2008. Tres grandes deficiencias de documentación que faltan en la interpretación y reportes, según notado por el OIG fueron: el momento en que se realiza el examen, el momento en que el reporte fue dictado y la fecha en la que el reporte fue dictado.

Medicare espera que el reporte del radiólogo (debe ser en documento aparte o dentro del cuerpo del registro del paciente) siga las pautas del ACR e incluye un mínimo de lo siguiente:

- El nombre del paciente y otra identificación así como la fecha de nacimiento y número de seguro social
- El nombre del médico que refiere, si alguno
- El nombre o tipo de examen realizado
- La fecha en la cual los rayos X fueron realizados
- El nombre del médico que interpreta
- Autenticación de nota no manuscrita (por ejemplo, iniciales legibles, firma legible, firma electrónica, etc.)
- El cuerpo del reporte
 - Procedimiento y materiales
 - Hallazgos
 - Limitaciones
 - Problemas clínicos
 - Información comparativa, si está indicado
- El diagnóstico:
 - Un diagnóstico de prescripción debe ser provisto cuando sea posible
 - Un diagnóstico diferencial debe ser provisto cuando sea pertinente

La documentación es esencial para establecer que los resultados de la interpretación y el reporte fueran comunicados de manera oportuna al médico en el departamento de emergencia. First Coast Service Options está animando a los proveedores a revisar sus prácticas actuales de documentación. La guía de práctica de ACR para la comunicación de hallazgos de imagen diagnóstica puede ser encontrada en: [ACR Practice Guideline for Communication of Diagnostic Imaging Findings](#).

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



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).

Horarios del Sistema de Respuesta Automática y de los centros de contacto para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Los Estados Unidos

Efectivo 5 de noviembre de 2012, las horas de operación para servicio al cliente y el Sistema de Respuesta Automática (IVR) son las siguientes:

IVR Parte A

Lunes-viernes

8:00 a.m.-8:00 p.m. Hora del Atlántico (AT)

Sábado

8:00 a.m.-4:00 p.m. AT

IVR Parte B

Lunes-viernes

8:00 a.m.-7:30 p.m. AT

Sábado

8:00 a.m.-4:00 p.m. AT

Representantes de servicio al cliente

Los horarios de lunes-viernes (8:00 a.m.-4:00 p.m. AT), con excepción de los *cierres por capacitación*, permanecerán sin cambios.

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

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 que terminó el 30 de septiembre de 2012; sin embargo lo está extendiendo hasta nuevo aviso. Los siguientes son enlaces a las más recientes e-News:

CMS e-News para el miércoles, 26 de septiembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-09-26-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 4 de octubre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-10-04-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 11 de octubre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-10-11-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 18 de octubre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-10-18-e-News.pdf>

Fuente: CMS PERL 201209-09, 201210-01, 201210-03, 201210-06

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Noviembre de 2012

Teleconferencia de Medicare “Pregúntele al contratista” (ACT): Parte B modificaciones de las reclamaciones para proveedores ordenados/referidos.

Cuando: 15 de noviembre de 2012

Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcsso.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.

Pagos Prospectivos

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

Número de *MLN Matters*: MM7760 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7760
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de julio de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2495CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

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

FISS suspenderá las reclamaciones con códigos HIPPS para poder obtener la información de evaluación correspondiente en QIES. Para reclamaciones de centros de rehabilitación ambulatorio (IRF), Medicare suspenderá tipos de factura (TOB) 111 y 117 con los números de certificación (CCN) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en el rango de XX3025-XX3099, XXTXXX o XRXXXX con un código de estatus de paciente no igual a 30 y una fecha de declaración de cobertura "Hasta" a partir del 1 de octubre de 2012. (Cambios en el sistema también serán hechos para tratar salud en el hogar, centro de enfermería especializada, y reclamaciones de camas de uso múltiple para el 1 de octubre de 2012, pero esas ediciones serán activadas en una fecha futura).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7760.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7760, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2495CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2495, CR 7760

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

Pagos del sistema de pago prospectivo ambulatorio de Medicare (OPPS) excediendo los cargos

Según comunicado previamente en el Medicare A Connection de mayo 2012, el U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of Inspector General (OIG), recientemente emitió varios reportes finales de auditoría sobre el "Review of Medicare Payments Exceeding Charges for Outpatient Services Processed" a varios contratistas administrativos de Medicare (MAC).

Los hallazgos de auditoría en estos reportes incluyen:

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

Basado en los hallazgos de estos reportes, los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS) implementaron una política de verificación donde el pago de OPPS es mayor que los cargos facturados en tipos de facturas 12x, 13x y 14x. Comenzando el 1 de octubre de 2012, la petición de cambio (CR) 7771 ordenó a los contratistas a verificar las reclamaciones con pagos de OPPS que cumplan con una cantidad de reembolso mayor que los cargos sometidos.

Como resultado de la CR, un gran volumen de cartas de desarrollo solicitando a los proveedores presentar
(Continúa en la página siguiente)

Pagos...(Continuación)

facturas detalladas ha sido emitido para reclamaciones en las que se encuentra el código de denegación 39132.

Acción del contratista

First Coast Service Options (First Coast) está estableciendo un criterio de edición revisado para la razón de denegación 39132 para reflejar los criterios de auditoría de OIG. Esta acción disminuirá significativamente el volumen de solicitudes de desarrollo para facturas detalladas. El criterio de edición revisado sólo incluirá cantidades de pago de artículos de línea que exceden las cantidades cargadas en la línea facturada por lo menos \$1,000 y en la cual 3 o más unidades de servicio fueron facturadas para esa línea de artículo.

Efectivo el 26 de octubre de 2012, las reclamaciones con el código de denegación 39132 serán colocadas en la localidad S/M7771 y serán publicadas para procesamiento al momento de la implementación del nuevo criterio de edición (fecha anticipada 5 de noviembre de 2012).

First Coast también estará revisando la carta de solicitud de documento para reclamaciones que estarán sujeto a revisión basado en el criterio de edición revisado. La carta revisada solicitará el desglose detallado de cargos y documentación de registro médico aplicable que respalda la línea de artículo facturada para la línea(s) de reclamación que suspende por el código de denegación 39132.

Acción del proveedor

First Coast identificará reclamaciones **pendientes** que no cumplen con el criterio de edición revisado y publicará esas reclamaciones para procesamiento.

Si usted ya recibió una solicitud de desarrollo para facturas detalladas y todavía **no** ha respondido, usted sólo necesitará presentar la documentación reclamación excedió las cantidades cargadas en la línea facturada por lo menos \$1,000 y tres o más unidades de servicio fueron facturadas para esa línea de artículo. First Coast solicita que los proveedores presenten el desglose detallado de los cargos y la documentación de registro médico aplicable que respalda la línea de artículo facturada para la línea(s) de reclamación que suspende por el código de denegación 39132.

Si usted ya respondió a la petición de documentación, First Coast adjudicará las reclamaciones después de revisar las facturas detalladas.

No es necesario contactar a servicio al cliente sobre este código de denegación.

Para más información, refiérase al artículo de MLN Matters® [MM7771](#).

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados versión 13.3 de octubre 2012

Número de *MLN Matters*: MM8035

Número de petición de cambio relacionado: CR 8035

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2540CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) fue actualizado el 1 de octubre de 2012, para:

- Departamentos ambulatorios de hospital
- Centros de salud mental de la comunidad
- Todos los proveedores de no OPPS
- Servicios limitados cuando son provistos en una agencia de salud en el hogar que no está bajo el sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HHPPS) o a un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal

Un resumen de todos los cambios puede ser encontrado en anexos a la petición de cambio (CR) 8035. La lista completa de especificaciones de I/OCE puede ser encontrada en <http://www.cms.gov/>

[Medicare/Coding/OutpatientCodeEdit/index.html](#).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM8035.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8035, 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/R2540CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2540, CR 8035.

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

Nueva edición de consistencia para validar el NPI del médico que atiende

Número de *MLN Matters*: MM7902 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: CR 7902
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de septiembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2560CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

A los proveedores institucionales se les requiere indicar el nombre del proveedor que atiende e identificadores para el cuidado médico del paciente y tratamiento reportado en reclamaciones institucionales para cualquier servicio que no sea reclamaciones de transportación no programada.

Efectivo para reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2013, una nueva edición de consistencia para reclamaciones institucionales asegurará que el proveedor institucional no ha utilizado su identificador nacional del proveedor (NPI) de facturación en el elemento de data del NPI del proveedor que atiende. La única excepción a este proceso es para:

- Vacunas contra influenza y pneumococcal y sus administraciones (cuando se factura por separado en la reclamación o lista de facturación)
- Autoreferido de evaluación de mamografía (cuando se factura por separado en la reclamación).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM7902.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7902, 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/R2560CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2560, CR 7902

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

Facturación correcta del proveedor del ítem de la línea de interpretación médica en el formulario de papel UB-04

Número de *MLN Matters*: SE1241
 Número de petición de cambio relacionado: 7578
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de febrero de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R1046OTN
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

Los proveedores que envíen una reclamación combinada (reclamaciones que incluyen ambos componentes; profesional e instalación) deberán informar al médico u otro profesional de la salud si el nivel de línea es diferente de la interpretación médica/ profesional de la salud reportada al nivel de la reclamación.

El nivel de la línea de la interpretación del proveedor se requiere cuando la interpretación del proveedor para esta línea es diferente de la interpretación reportada por el proveedor en el loop ID 2310D (nivel de reclamación). El nivel de la reclamación de la interpretación del proveedor (loop ID 2310D) se requiere cuando la interpretación del proveedor es diferente del proveedor que atiende. Los proveedores de Medicare afectados son quienes facturan hospitales de acceso crítico bajo el método II y los centros de salud calificados a nivel federal. Las clínicas rurales de salud no se ven afectadas en este momento, ya que no realizan facturación detallada.

- Ponga el Identificador Nacional del Proveedor (NPI) del ítem de la línea de interpretación médica en el localizador de formulario 43 (descripción del código de ingreso) para el ítem de la línea que contiene los servicios identificados.

(Continúa en la página siguiente)

Facturación...(Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1241.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1241

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.

Revisión de médica de prepago de reclamaciones de hospitalización – seguimiento de webcast

Las siguientes son preguntas originadas como resultado de un webcast llevado a cabo el *19 de septiembre*. Cada pregunta está seguida por la contestación adecuada y todos los recursos aplicables están provistos al final del documento. Para información adicional sobre este tema, por favor refiérase al artículo *“Improper payments and inpatient prepayment medical review – update”* y la página *Inpatient diagnosis-related group (DRG)* en el sitio Web del proveedor de First Coast Service Options Medicare.



1P. ¿A cuál dirección serán enviadas las cartas?

1R. Las cartas de notificación serán enviadas a la dirección física del proveedor que está en el archivo, así como también las cartas de demanda.

2P. ¿Cuál es el porcentaje para las auditorías de estancia de un día?

2R. El porcentaje es 10 por ciento.

3P. Y si el hospital no presenta una apelación -- ¿Todavía el médico de la Parte B puede presentar una apelación?

3R. Sí.

4P. ¿Dónde un proveedor puede encontrar su porcentaje de tasa de denegación para cada grupo de diagnóstico relacionado (DRG)?

4R. Desafortunadamente, esta información no está

disponible desde First Coast Service Options. Le recomendamos a los proveedores monitorear y rastrear sus tasas de denegación.

5P. ¿Por qué el hospital y el médico deben presentar una apelación por separado cuando es el mismo paciente y la misma documentación?

5R. Las apelaciones de médico y de hospital deben ser presentadas por separado porque las reclamaciones son procesadas dentro de dos sistemas únicos de reclamación.

6P. Si se le requiere al médico y hospital apelar por separado, ¿entonces cómo la apelación de un hospital impacta la apelación del médico?

6R. El resultado de la apelación del hospital no afecta la apelación del médico.

7P. ¿Hay alguna manera de saber cuáles hospitales han sido excluidos debido a una tasa de error de un dígito?

7R. No.

8P. Si usted deniega una reclamación de la Parte A por configuración incorrecta, ¿Usted también recupera el pago de la Parte B del cirujano?

8R. Si una reclamación de hospital es denegada debido a razones técnicas, administrativas además de necesidad médica entonces no ocurrirá recuperación de la Parte B.

9P. Recibimos dos solicitudes de desarrollo adicional (ADR) para DRG 069 dentro de las últimas dos semanas. ¿Cómo podemos saber si este ADR es de First Coast o del Auditor de Recuperación (RA)?

(Continúa en la página siguiente)

Revisión...(Continuación)

9R. Las ADR de First Coast estarán en papel con membrete de First Coast Service Options. Si la solicitud es del RA, estará en papel con membrete de Connolly.

10P. ¿Hay un plazo aceptable para tratamiento conservador ser documentado para que el reemplazo total de la rodilla esté cubierto? Si es así, ¿cuál es ese plazo?

10R. La LCD para reemplazo total de rodilla ([L32078](#)) establece que la documentación debe demostrar una historia de un intento razonable (usualmente 3 meses o más) en terapia conservadora según adecuado para el paciente en su etapa actual de cuidado. First Coast también pone confianza en subespecialidad y en las pautas de práctica clínica de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (www.guidelines.gov) para determinar la necesidad médica y cobertura para reemplazos totales de rodilla.

11P. Si la apelación del hospital es aprobada después de que hayamos emitido nuestra carta de demanda, ¿Seremos notificados?

11R. No. Las apelaciones de médico y de hospital deben ser presentadas por separado porque las reclamaciones son procesadas dentro de dos sistemas únicos.

12P. Si el personal de oficina identifica que un médico ha omitido información, ¿se puede hacer una adición a los archivos médicos para el proceso de apelación?

12R. Usted puede incluir una adición la cual debe ser claramente fechada al momento de la presentación. El registro médico original no puede ser alterado. Otra documentación dentro de esta etapa de cuidado será tomada en consideración.

13P. ¿First Coast le envía documentación al RA?

13R. No. El RA le envía su documentación a First Coast al completar sus revisiones.

14P. ¿Puede explicar el cronograma del proceso de apelaciones y recuperación?

14R. Una vez el proveedor recibe una carta de demanda, el proveedor puede comenzar la apelación en el día uno. El proveedor tiene desde el día uno hasta el día 15 para escribir una carta de refutación (tenga en mente que el hospital ya ha sido denegado para esta reclamación y una carta de refutación no detiene el proceso de recuperación). El día 31, se impondrá interés hasta que la deuda sea absuelta, a menos que una apelación sea presentada. El día 41 comienza el proceso de recuperación. El proveedor tiene 120 días para presentar una apelación a partir de la fecha de la carta de demanda, pero acumulará interés desde el día 31 de la carta de demanda.

15P. Un paciente es admitido al hospital y se consulta a un cardiólogo. Se determina que no hay necesidad médica para realizar un procedimiento cardiaco. La revisión de First Coast encontró que el registro médico presentado no garantiza una estadía de hospitalización y denegó la reclamación. Según el escenario descrito, el estatus del paciente es hospitalización. ¿Puede todavía el cardiólogo de la Parte B facturar por una evaluación de hospitalización?

15R. Sí.

16P. Basado en el escenario de arriba de 15P, ¿puede el proveedor de la Parte B presentar una apelación para la cateterización como un procedimiento ambulatorio? De nuevo, según el escenario antes descrito, el estatus del paciente es hospitalización.

16R. Una cateterización del corazón no está incluida dentro del alcance de la auditoría actual.

17P. ¿Cuántos días desde el momento en que el hospital recibe su carta de notificación el proveedor de la Parte B recibe una carta de notificación?

17R. El hospital recibe una carta de denegación, no una carta de notificación. La carta de notificación de la Parte B es emitida 60-90 días después de la revisión de la reclamación de hospital.

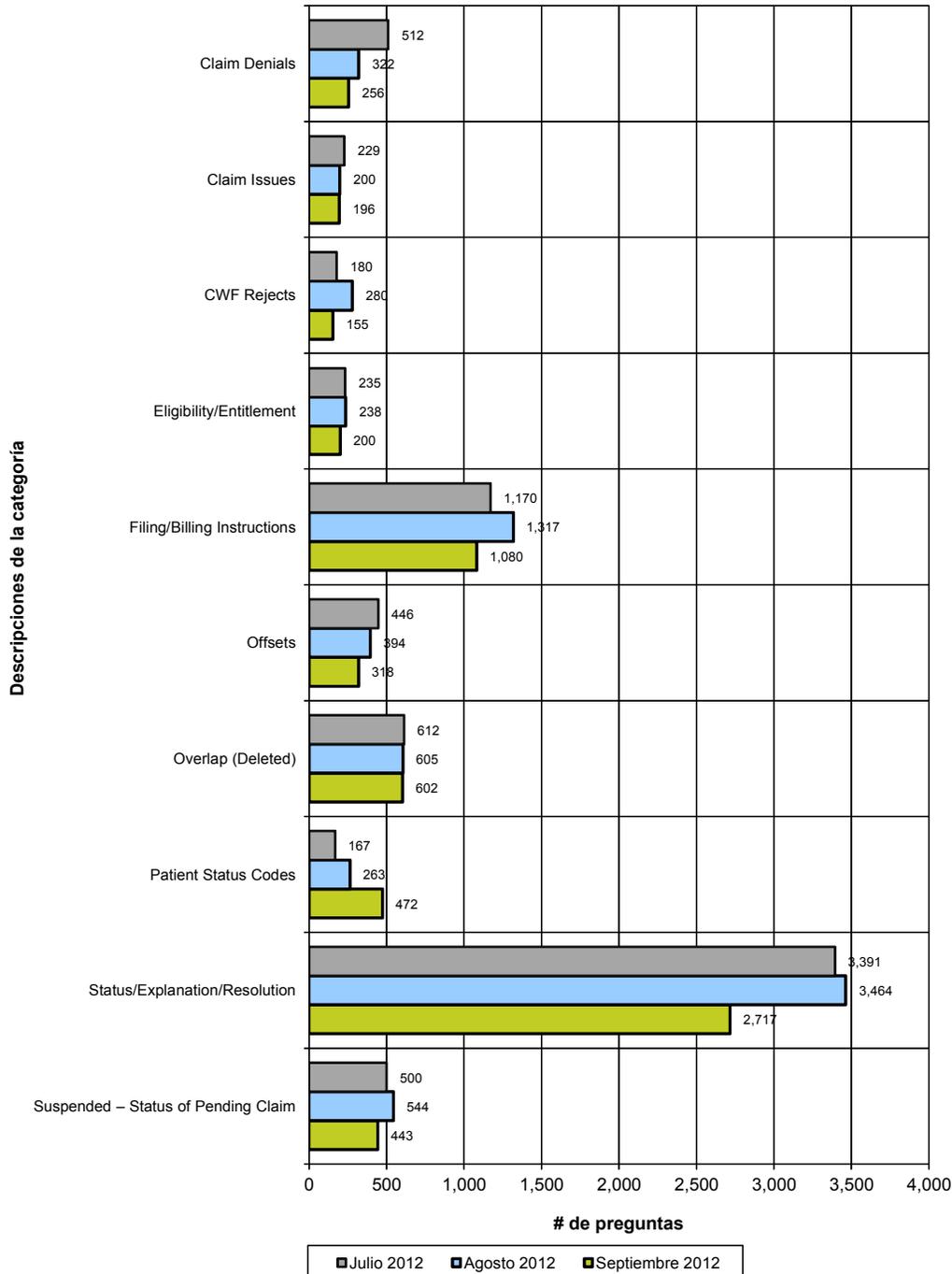
Fuente: First Coast Medical policy and review; First Coast Office of the Medical Director; Comprehensive Error Rate Testing (CERT) program; Recovery Audit (RA) program

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en julio-septiembre 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 julio a septiembre de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

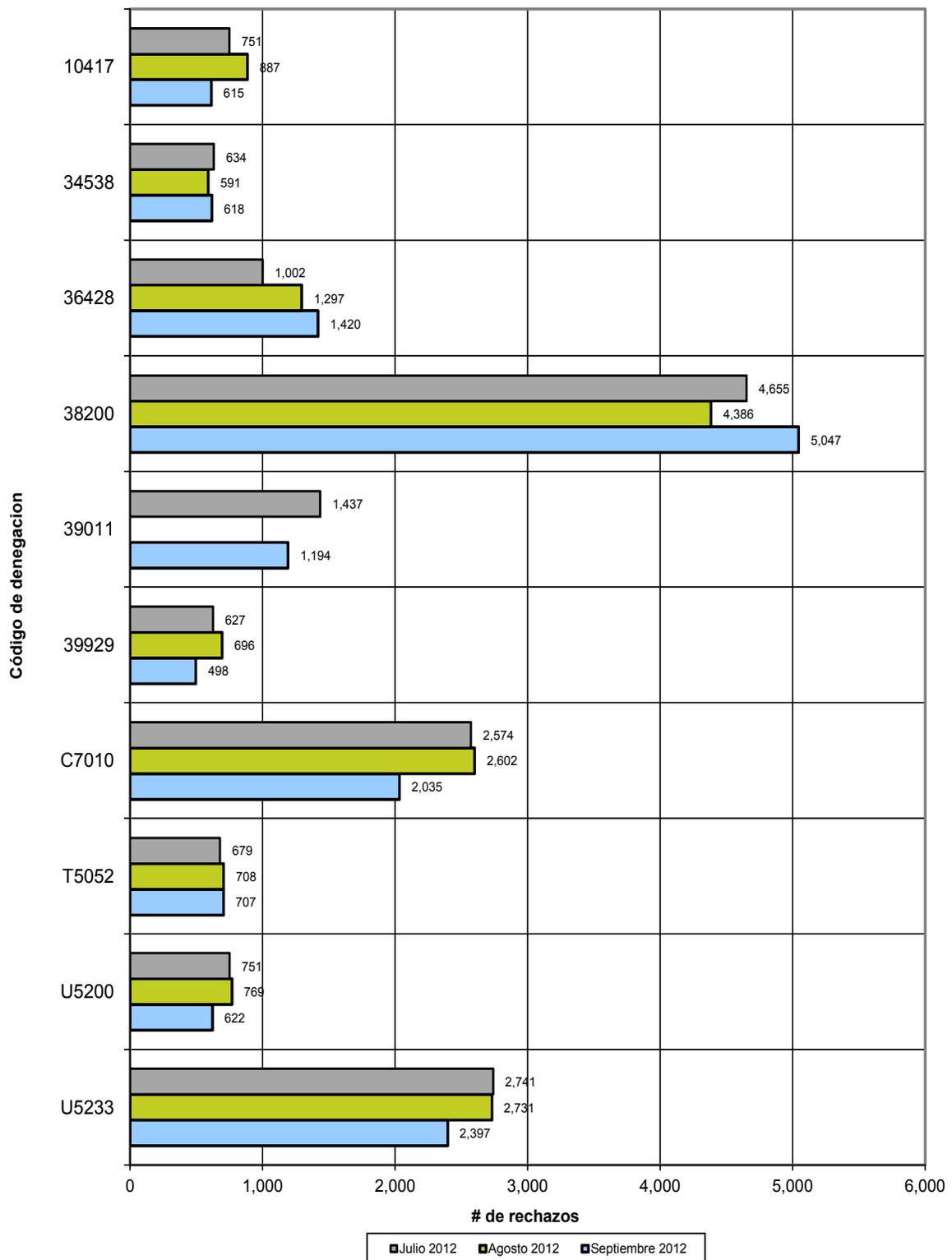
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Preguntas de Parte A más frecuentes en julio-septiembre de 2012



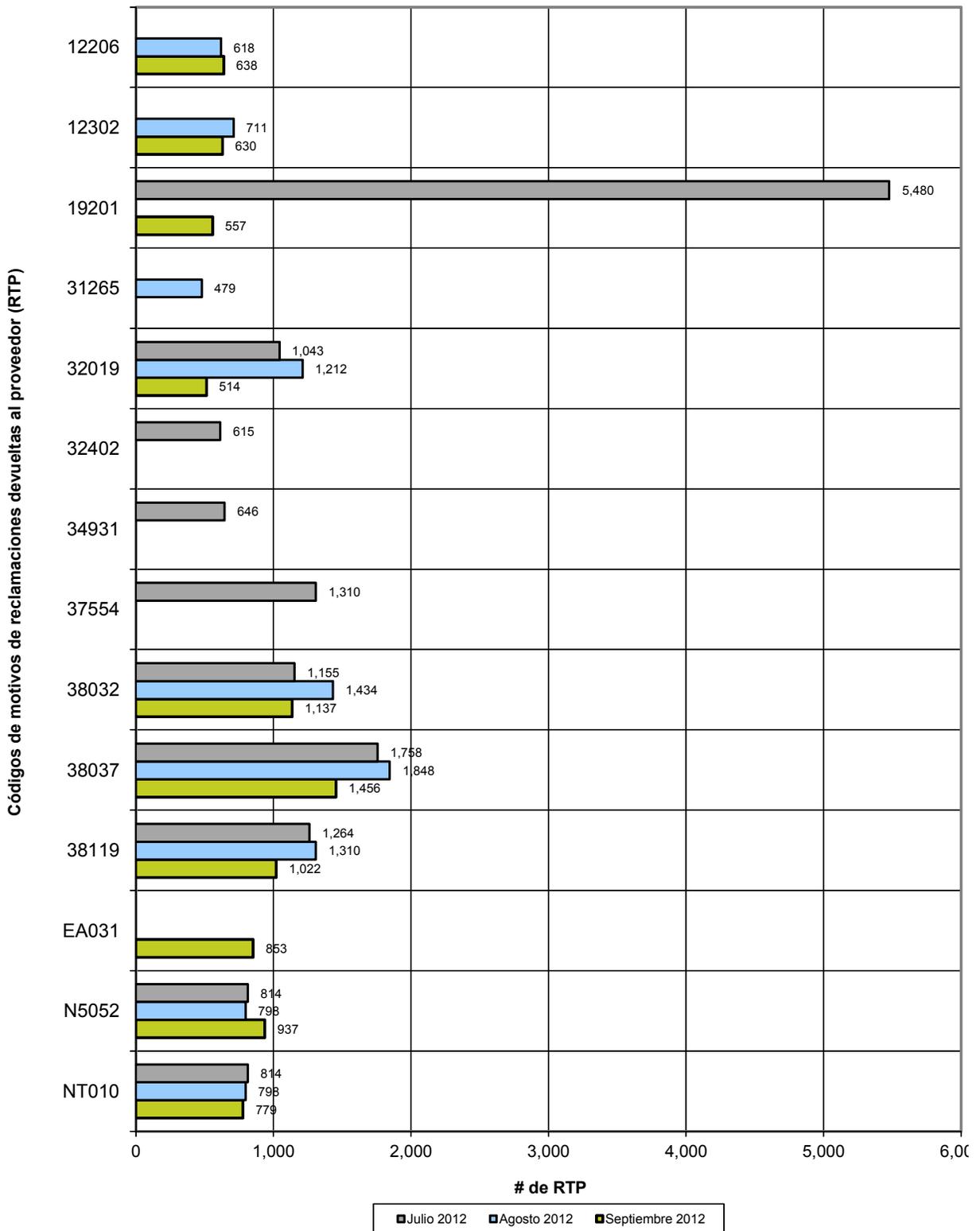
Gráficos... (Continuación)

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



Gráficos... (Continuación)

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

Revisiones a las LCD existentes

ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services27

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28992 (Florida)

Identificador de LCD: L29024 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La revisión más reciente de la determinación de cobertura local (LCD) para servicios de rehabilitación y terapia fue el 1 de marzo de 2012. Desde ese tiempo, basado en la petición de cambio 7785, se añadió lenguaje al sistema manual de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), Publication 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 5, Sections 10.3-10.5 (Financial Limitations). Por lo tanto, la sección “Financial Limitations for Therapy Caps” de la LCD fue revisada para reemplazar el lenguaje de CMS con enlaces al sitio web específicos para las secciones del manual electrónico de CMS (IOM). En adición, la LCD fue actualizada para reflejar el lenguaje actual de CMS y verborrea consistente con la LCD de la Parte B.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2012. Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar 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 FCSSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 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)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Facturación

Revisión y aclaración de las instrucciones de codificación para el lugar de servicio

Número de *MLN Matters*: MM7631Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7631
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de octubre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2563CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 7631 como resultado de los consistentes hallazgos de la Oficina del Inspector General (OIG) que indican que los médicos y los proveedores reportan con frecuencia el lugar de servicio (POS), en el cual se prestan los servicios, de forma incorrecta. Esta facturación indebida particularmente presenta problemas cuando los médicos y otros proveedores prestan servicios en los hospitales para pacientes ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria (ASC).

CR 7631 proporciona instrucciones con respecto a la asignación de códigos POS para todos los servicios pagados bajo las tarifas fijas de Medicare para médicos y algunos servicios prestados por laboratorios independientes. Además, proporciona instrucciones para el componente profesional y técnico de las pruebas de diagnóstico y establece una política nacional para la correcta asignación de códigos de POS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/mm7631.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7631, 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/R2563CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2563, CR 7631

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.



Encuentre rápido sus favoritos  – utilice Enlaces Populares

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

Información General

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8054
Número de petición de cambio relacionado: CR 8054
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de septiembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2553CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8054 informa a los contratistas de las últimas nuevas pruebas con dispensa que fueron aprobadas por la Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988. Puesto que estas pruebas se comercializan inmediatamente después de su aprobación, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones con precisión.

El Nuevo código CPT, 86803QW, se asigna para la prueba de anticuerpos contra la hepatitis C realizada utilizando la prueba rápida de anticuerpos OraQuick HCV y el panel de referencia rápida de OraQuick.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8054.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8054, 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/R2553CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2553, CR 8054

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.

Cambios de codificación a los procedimientos de diagnóstico de ultrasonido para monitoreo con Doppler transesofágico

Número de *MLN Matters*: MM7918 Rescinded
Número de petición de cambio relacionado: CR 7819
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2472CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Nota: Este artículo se anuló porque la petición de cambio relacionada 7819 fue anulada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7819.pdf>.

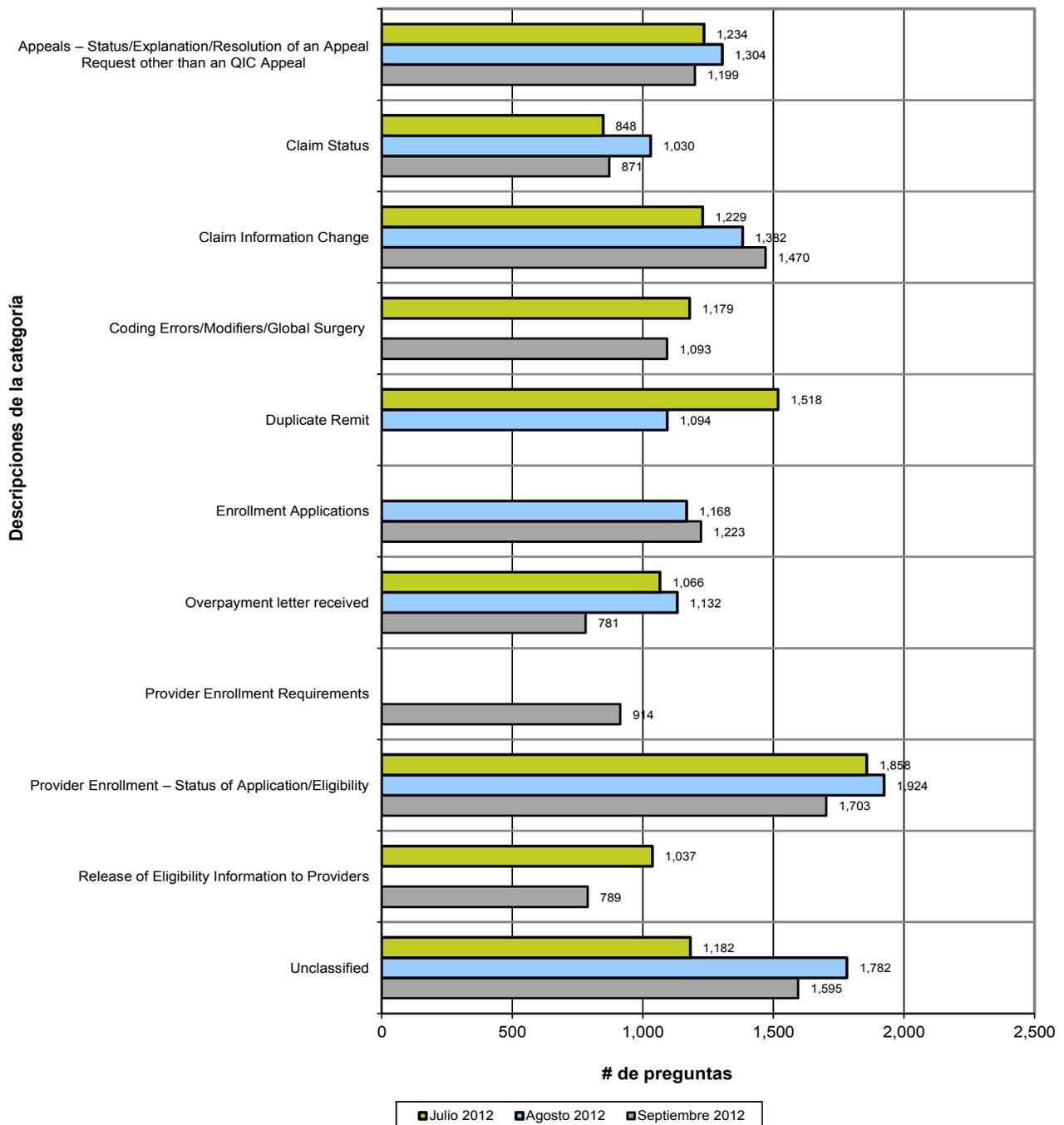
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 julio-septiembre 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 julio a septiembre de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

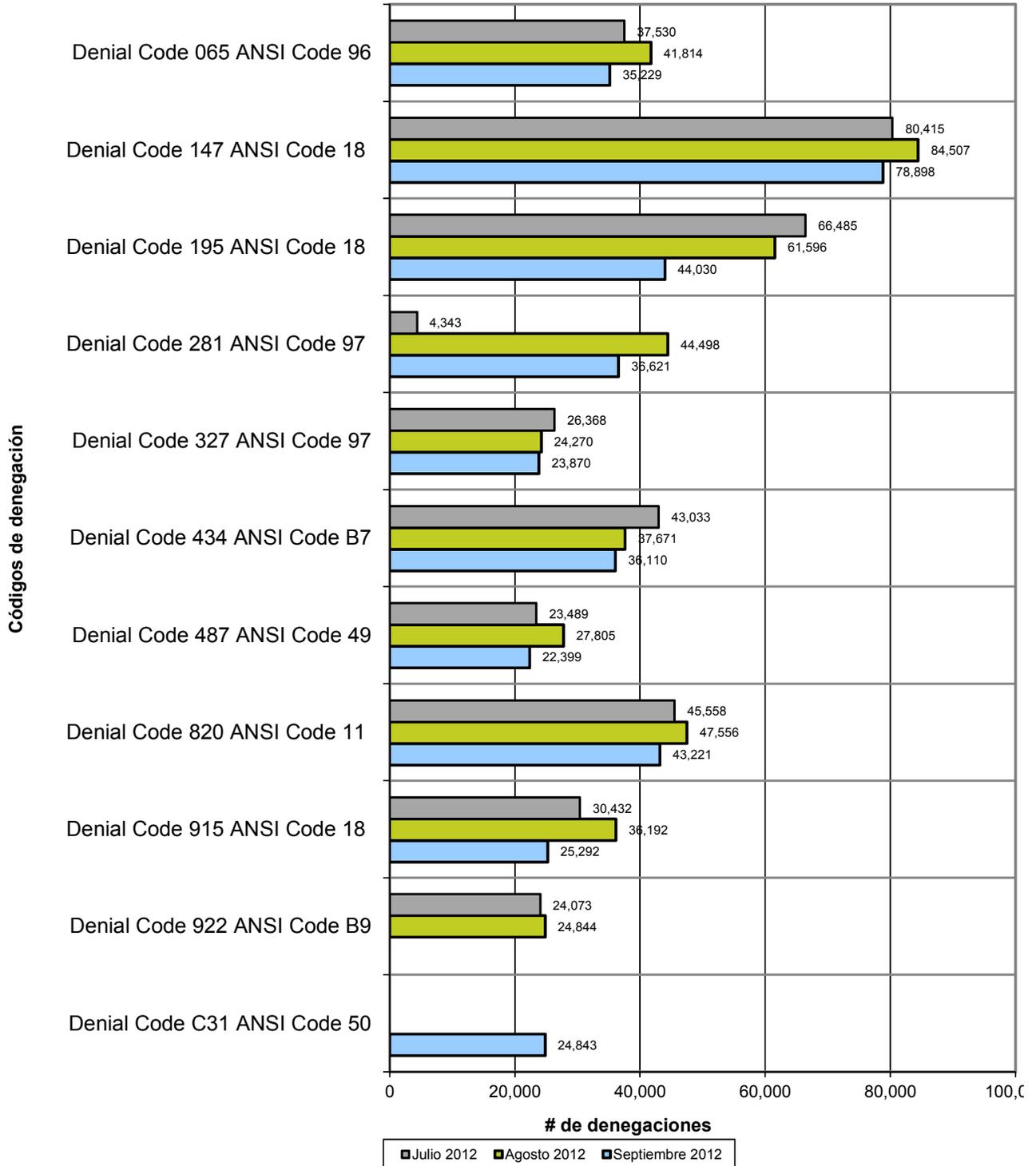
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

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



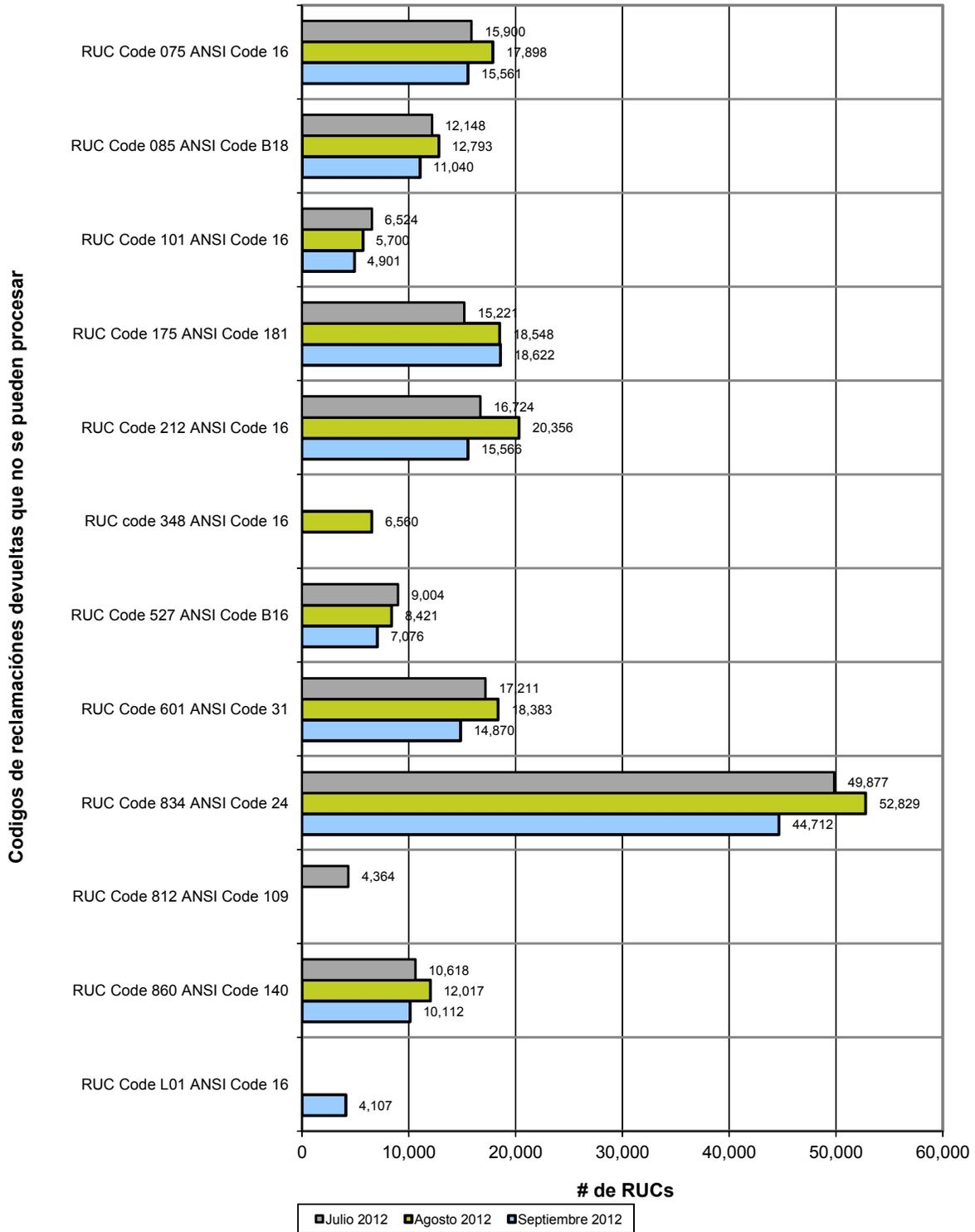
Gráficos.. (Continuación)

Denegaciones de Parte B más frecuentes en julio-septiembre de 2012



Gráficos.. (Continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en julio-septiembre de 2012



Determinaciones locales de cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio Web de educación <http://www.medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database. Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A. Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia FCSO eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional

<http://www.medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

THERSVCS: Therapy and rehabilitation services36

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

THERSVCS: Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29289 (Florida)

Identificador de LCD: L29399 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La revisión más reciente de la determinación de cobertura local (LCD) para servicios de rehabilitación y terapia fue el 1 de marzo de 2012. Desde ese tiempo, basado en la petición de cambio 7785, se añadió lenguaje al sistema manual de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), Publication 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 5, Sections 10.3-10.5 (Financial Limitations). Por lo tanto, la sección “Financial Limitations for Therapy Caps” de la LCD fue revisada para reemplazar el lenguaje de CMS con enlaces al sitio web específicos para las secciones del manual electrónico de CMS (IOM). En adición, la LCD fue actualizada para reflejar el lenguaje actual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar LCD activas, futuras y 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 http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2012 a septiembre 2013.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2012 – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

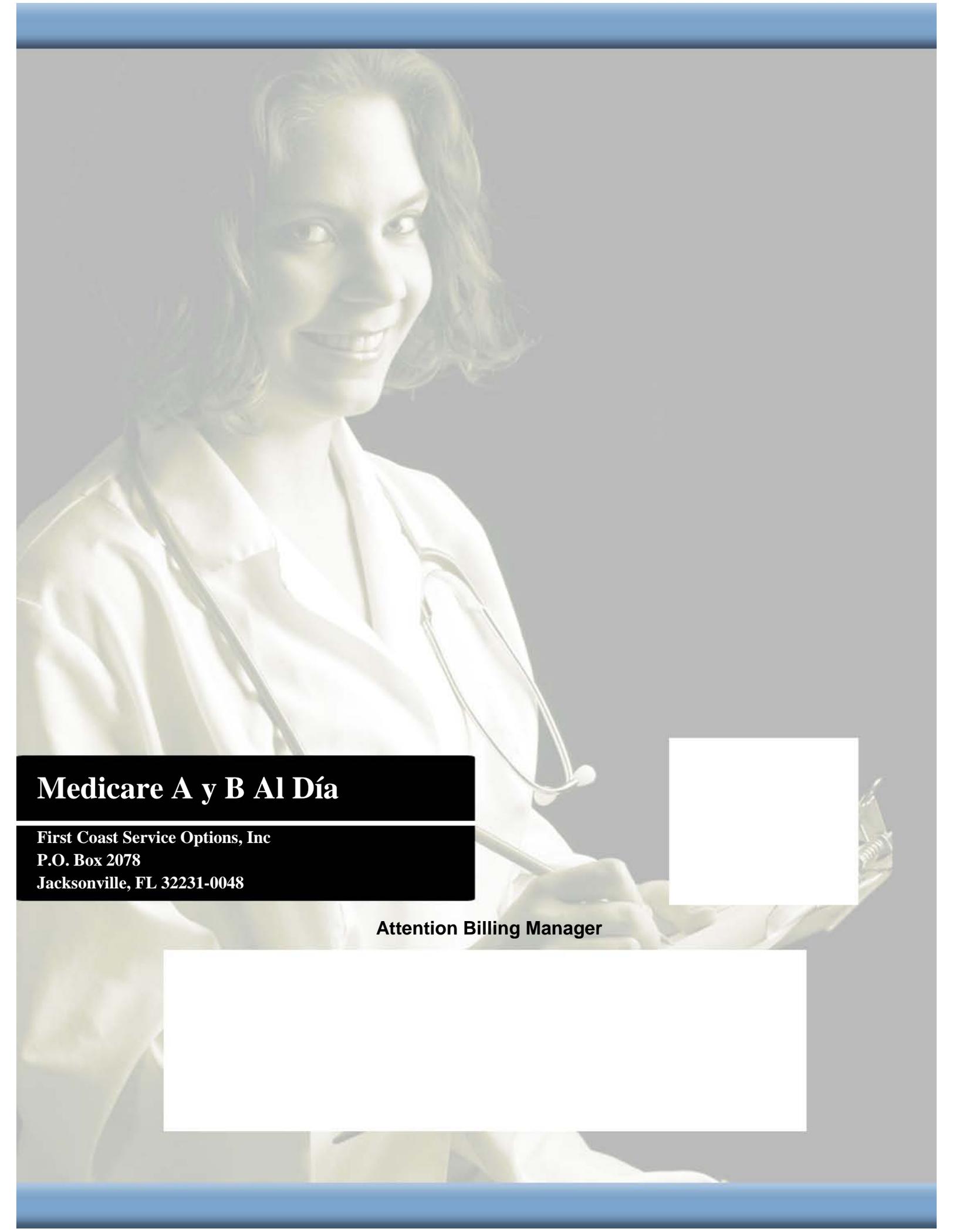
Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager