

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Noviembre 2012



En esta edición

Cobertura tratamiento de obesidad mórbida.....	8
Nueva imagen de e-News del proveedor.....	9
Curso de robo de identidad médica.....	11
Orientación sobre brote de meningitis.....	12
Resultados de la investigación de DRG.....	17
Cambios al ESRD PPS para el CY 2013.....	21
Incentivo de reporte de calidad médica.....	32

Problemas completando la hoja de cubierta de fax/correo de PWK

El departamento de reclamaciones de First Coast Service Options (First Coast) está recibiendo un alto volumen de hojas de cubierta de correo/fax de PWK (5010 paperwork segment) inválidas o innecesarias. Si se recibe una hoja de cubierta que contiene información incorrecta, incompleta o inválida, la hoja de cubierta será enviada de vuelta por fax o por correo a la fuente de origen, pero sin la documentación. Las hojas de cubierta devueltas de esta manera no deben ser reenviadas; el proveedor en vez, debe esperar una solicitud de documentación adicional (ADR) antes de presentar nuevamente la documentación a First Coast.

Problemas de PWK

En otros casos, las hojas de cubierta y documentación adicional no han podido ser adjuntadas apropiadamente a una reclamación debido a varias razones. El siguiente listado ha sido desarrollado para ayudarle a evitar estas situaciones.

1. La hoja de cubierta de PWK es recibida, completada con exactitud con documentación, pero la reclamación fue presentada sin los indicadores en el loop de PWK.
 - Esto no nos permitirá asignar la documentación en el sistema a la reclamación apropiada. Si la reclamación requiere documentación, una carta de ADR será enviada y proveedores necesitarán responder a la carta.

2. La hoja de cubierta de PWK es recibida con la documentación relacionada adjunta y una copia de nuestra carta de solicitud de documentación adicional (ADR). Una vez más, los indicadores del loop de PWK no están en la reclamación.
 - Hay dos problemas aquí: 1) sin el loop de PWK completado, la reclamación no suspenderá para buscar en cualquier documentación adelantada. Lo más importante 2) la reclamación ya ha sido suspendida para documentación adicional; por lo tanto, los proveedores sólo necesitan responder a la carta ADR con la documentación adecuada.
3. La hoja de cubierta de PWK es recibida con una solicitud para una nueva determinación/apelación en la caja de información.
 - El proceso de PWK puede sólo ser utilizado en la presentación inicial de la reclamación. El PWK no puede ser utilizado para omitir el proceso de apelación estándar. Por favor utilice el nivel adecuado del proceso de apelación si su reclamación ha sido denegada o si usted necesita hacer ajustes/correcciones. Las solicitudes de apelación presentadas a través del proceso de fax/correo de PWK no será reconocido.

(Continúa en la página 8)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cobertura y reembolso

Ventana de pago de 3 días.....	3
ASP trimestrales de enero 2013.....	3

Facturación

Proceso informativo de respuesta no solicitada para identificar reclamaciones.....	4
Proceso IUR para identificar reclamaciones.....	4
Reclamaciones del SNF.....	5

Información General

Enero de 2013 ASCX 12 837.....	6
Actualización del Capítulo 15 del Program Integrity Manual Parte IX.....	7
Actualización al “Medicare Benefit Policy Manual”	7
Cobertura tratamiento obesidad mórbida	8
CMS emite dos reglas de pago.....	9
Nueva imagen de e-News del proveedor.....	9
Disposiciones para el PPS ESRD.....	10
Requerimientos para ordenar y referir.....	11
Curso de robo de identidad médica.....	11
Dirección física o de la práctica.....	12
Orientación sobre el brote de meningitis.....	12

Pagos Prospectivos

Actualización trimestral a la ESRD PPS.....	13
Cambios a requerimientos de ESRD.....	13

Recursos Preventivos

Visita anual de bienestar.....	14
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	15

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....	16
----------------------------------	----

Parte A

Información General

Resultados de la investigación de DRG.....	17
Requisitos de nuevo medicamento ESA.....	18
Actualización para incluir NPI.....	19

Hospital

Facturación provisional para servicios de hospitalización parcial.....	19
--	----

Affordable Care Act Section 3025.....	20
---------------------------------------	----

Actualizaciones archivo específico del proveedor IPPS, IRF y LTCH.....	20
--	----

Pagos Prospectivos

Cambios al ESRD PPS para el 2013.....	21
---------------------------------------	----

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación.....	22
--	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A.....	25
-------------------------------------	----

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

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

Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	30
--	----

Parte B

Facturación

Medicare Program Integrity manual.....	31
Elegibilidad archivo común de trabajo.....	31

Información General

MPPR en el componente técnico de diagnóstico cardiovascular	32
Incentivo de reporte de calidad médica.....	32

Reporte centro quirúrgico ambulatorio.....	33
--	----

Gráficos

Datos procesamiento de reclamación.....	34
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B	37
--------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B.....	40
------------------------------------	----

Contactos Parte B de Puerto Rico.....	41
---------------------------------------	----

Contactos Parte B de Florida.....	42
-----------------------------------	----

Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	43
---	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 11
Noviembre 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

Preguntas frecuentes sobre la ventana de pago de tres días por los servicios prestados a pacientes ambulatorios que luego fueron admitidos como pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: SE1232
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

La norma final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) del 2012 concretó la ventana de pago de tres días para los servicios de MPFS. El manual de instrucciones también fue lanzado en la petición de cambio (CR) 7502 emitida el 21 de diciembre de 2011. Desde la publicación de esta información, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han recibido varias preguntas frecuentes (FAQ) sobre la ventana de pago de tres días. Como resultado, el artículo incluye una compilación de preguntas frecuentes que se refieren a los servicios MPFS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1232.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1232

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.

ASP trimestrales de enero de 2013 de archivos de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare y revisiones a los archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM8116
Número de petición de cambio relacionado: CR 8116
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de octubre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2568CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8116 implementa el precio promedio de venta (ASP) de enero de 2013 de los archivos de precios de medicamentos la parte B de Medicare para los medicamentos de la Parte B de Medicare y revisa los archivos de octubre de 2012, julio de 2012, abril de 2012 y enero de 2012.

Medicare usará los ASP trimestrales de enero 2013 de archivos de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare para determinar el límite de pago para las reclamaciones de los medicamentos de Medicare

de la Parte B a pagar por separado, procesadas o reprocesadas en o después del 1 enero de 2013, con fechas de servicio desde el 1 de enero de 2013, hasta el 31 de marzo de 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8116.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8116, 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/R2568CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2568, CR 8116

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

Proceso informativo de respuesta no solicitada para identificar las reclamaciones pagadas proporcionadas a los beneficiarios encarcelados



Número de *MLN Matters*: MM8007
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8007
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de noviembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1134OTN
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Medicare generalmente no paga por artículos médicos y servicios médicos prestados a un beneficiario que fue encarcelado cuando le fueron proporcionados estos artículos y servicios. Medicare está creando un nuevo proceso informativo de respuesta no solicitada (IUR) para identificar las reclamaciones pagadas que contienen fechas de

servicio que se superponen, total o parcialmente, en un período en el que el beneficiario fue encarcelado.

El proceso IUR se iniciará cuando uno de estos procedimientos ha ocurrido:

- Una actualización automática al archivo del beneficiario que indica un cambio en la fecha de inicio o de finalización en la cual el beneficiario fue “encarcelado”
- Una actualización manual al archivo del beneficiario que indica un cambio en la fecha de inicio o de finalización en la cual el beneficiario fue “encarcelado”.

Una vez recibida la IUR serán iniciados los procedimientos de recuperación de pagos en exceso para recuperar cualquier pago de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8007.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8007, 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/R1134OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1134, CR 8007

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.

Proceso IUR para identificar las reclamaciones pagadas proporcionadas a los beneficiarios clasificados como ilegalmente presentes en los Estados Unidos

Número de *MLN Matters*: MM8009
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8009
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de noviembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1133OTN
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La sección 401 del Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act de 1996 (PRWORA) prohíbe a los extranjeros que no son “extranjeros calificados” recibir beneficios federales, dentro de los cuales se incluye Medicare.

Medicare está creando un nuevo proceso informativo de respuesta no solicitada (IUR) para identificar las reclamaciones pagadas que contienen fechas de servicio que, total o parcialmente, se superponen en un período en cual el beneficiario estuvo presente de manera ilegal en los Estados Unidos.

(Continúa en la página siguiente)

Proceso... (continuación)

El proceso IUR se iniciará cuando uno de estos procedimientos ha ocurrido:

- Una actualización automática al archivo del beneficiario en CWF a través de una transacción de inscripción en la base de datos que indica un cambio de la fecha de inicio o fecha de finalización en la que el beneficiario estuvo “ilegalmente presente”.
- Una actualización manual al archivo del beneficiario en CWF que indica un cambio en la fecha de inicio o de finalización en la cual el beneficiario estuvo “ilegalmente presente”.

Una vez recibida la IUR serán iniciados los procedimientos de recuperación de pagos en exceso para recuperar cualquier pago de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8009.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8009, 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/R11330TN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1133, CR 8009

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

Actualizaciones al manual para clarificar el procesamiento de reclamaciones del centro de enfermería especializado

Número de *MLN Matters*: MM8044

Número de petición de cambio relacionado: CR 8044

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de octubre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R161BP, R2573CP y R80GI

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

- Servicios de terapia
- La estadía calificada de tres días de hospital
- Servicio especializado diario, y
- La definición del hogar de un beneficiario para cobertura de equipo médico duradero (DME) de la Parte B.

Resumen

El propósito de la petición de cambio 8044 es para actualizar los manuales de Medicare para clarificar los componentes clave del procesamiento de reclamaciones del centro de enfermería especializada (SNF). Los cambios están destinados sólo a clarificar las medidas existentes; no hay medidas nuevas en la CR 8044. Las clarificaciones incluyen:

- La definición de una hospitalización para el comienzo o el final de un periodo de beneficio
- Facturación consolidada y exclusiones de la Parte B
- Servicios de emergencia
- Cuidados paliativos
- Ciertos medicamentos de quimioterapia
- Servicios de ambulancia
- Evaluación y servicios preventivos

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8044.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8044, 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/R80GI.pdf> <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R161BP.pdf> <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2573CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 80, CR 8044
CMS Pub. 100-02, Transmittal 161, CR 8044
CMS Pub. 100-04, Transmittal 2573, CR 8044

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

Enero de 2013 ASC X12 837 (reclamación electrónica del cuidado de la salud) edición de implementación de CMS

Como ya se ha comunicado, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron algunas de las ediciones de la reclamación electrónica del cuidado de la salud de enero 2013, en octubre de 2012 según la Technical Direction Letter de CMS (TDL 12458). Este artículo se puede encontrar en nuestro sitio Web en el siguiente enlace: http://medicareespanol.fcso.com/5010_noticias/244488.asp.

La petición de cambio 7880 de CMS implementará el 7 de enero de 2013 las ediciones que se enumeran a continuación.

X222.116.2000B.SBR03.004

X222.480.2430.SVD05-040

X222.305.2320.AMT.040

X223.109.2000B.SBR03.004

X223.364.2320.AMT.040

El Análisis de la presentación electrónica de la reclamación indica que dos de las nuevas ediciones que están siendo implementadas el 7 de enero de 2013, potencialmente resultarán en rechazos mayores que las reclamaciones normales. Las nuevas ediciones, X222.116.2000B.SBR03.004 (edición de reclamaciones profesionales) y X223.109.2000B.SBR03.004 (edición de reclamaciones institucionales) darán lugar a un rechazo de la reclamación si cualquier valor está presente en 2000B SBR03- Medicare Subscriber Group Number (número del grupo suscriptor de Medicare).

Actualmente Medicare no asigna un número de grupo, por lo tanto, este no es apropiado para presentar los datos en el campo Medicare Subscriber Group Number 2000B SBR04, en el ASC X12 837 (reclamación electrónica del cuidado de la salud).

Si cualquier dato es recibido en el campo Destination Payer Medicare Subscriber Group Number field - 2000B SBR04, la reclamación será rechazada. La reclamación rechazada será enviada al 277CA (acuse de recibo) para corrección. En el 277CA los códigos del estado de la reclamación A8, 163 y 732 e IL serán devueltos cuando se hayan recibido datos en el campo Subscriber Group Number.



Las planillas de CMS de la edición de enero de 2013 (y para los trimestres anteriores) se encuentran en <http://www.cms.gov/Medicare/Billing/MFFS5010D0/Technical-Documentation.html>.

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Actualización general del Capítulo 15 del Program Integrity Manual - Parte IX

Número de *MLN Matters*: MM8019

Número de petición de cambio relacionado: CR 8019

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

Fecha de efectividad: 20 de noviembre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R435PI

Fecha de implementación: 20 de noviembre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 8019 actualiza el Capítulo 15 del Medicare Program Integrity Manual, que trata la inscripción de proveedores de Medicare. La mayoría de las revisiones son de carácter editorial, sin embargo, hay varias actualizaciones de pólizas en relación con este CR:

- Direcciones de correspondencia
- Ubicación del consultorio fuera del estado
- Presentación de aplicaciones del cambio de titularidad (CHOW) luego de que una aplicación inicial CHOW ya se ha presentado, y
- El alcance de revocaciones y obstáculos de reinscripción.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/mm8019.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8019, 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/R435PI.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 435, CR 8019

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 al “Medicare Benefit Policy Manual” – Capítulo 15

Número de *MLN Matters*: MM8100

Número de petición de cambio relacionado: CR 8100

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

Fecha de efectividad: 28 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R160BP

Fecha de implementación: 28 de enero de 2013

Resumen

A ciertos médicos y profesionales de la salud se les permite optar fuera de Medicare si ciertas condiciones se cumplen y para proporcionar servicios a través de contratos privados que de otra manera serían cubiertos por Medicare.

La petición de cambio 8100 modifica el *Medicare Benefit Policy Manual*, para ser consistente con la póliza descrita en la regulación de Medicare que permite que el pago de Medicare sea hecho para reclamaciones presentadas por el beneficiario por servicios de un médico o profesional de la salud que optó fuera cuando el médico o profesional de la salud no contrató privadamente con el beneficiario por

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.

servicios que fueron:

- servicios de cuidado no emergentes o servicios de cuidado urgente, y
- prestados no más tarde de 15 días luego de la fecha de una notificación por el contratista de Medicare de que el médico o profesional de la salud ha optado fuera de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8100.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8100, 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/R160BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 160, CR 8100

Problemas... (continuación)

4. En todos estos casos, ya que la hoja de cubierta de fax/correo de PWK y/o reclamación no está siendo presentada correctamente o con la información correcta, la documentación de respaldo presentada a nosotros no está siendo utilizada para adjudicar la reclamación. También, ya que en muchos casos esto está fuera de los estándares para PWK, los proveedores afectados por estos escenarios no recibirán una respuesta relacionada a los resultados o la falta de respuesta.
5. Nuestra área interna de reclamaciones está siendo impactada negativamente así como también nuestra capacidad de almacén electrónico está siendo abrumada por documentación innecesaria e inútil. Los proveedores afectados por esto lo más probable nunca recibirán ninguna indicación de impactos negativos que esto está teniendo en sus reclamaciones.

Recordatorios

Aquí hay algunos artículos que verificar antes de enviar su formulario por fax o por correo:

- Verifique que usted haya indicado el ACN (número de control de archivo adjunto [presentado en el PWK06 segment]), DCN (número de control de documento [Parte A]), ICN (número de control interno [Parte B]), número de reclamación del seguro de salud del beneficiario (HICN)/número de Medicare, nombre del proveedor de facturación y NPI (identificador nacional del proveedor) en la hoja de cubierta de fax/correo.
- Incluya una dirección a donde enviar por correo la hoja de cubierta, en caso de que no podamos enviarla de vuelta por fax al número de origen.
- No envíe documentación sin la hoja de cubierta de fax/correo completada.
- No utilice la hoja de cubierta de PWK para ninguna otra razón aparte del proceso de PWK.

Cobertura nacional y local en lo que respecta al tratamiento de obesidad mórbida

Número de *MLN Matters*: MM8028

Número de petición de cambio relacionado: CR 8028

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2012

Fecha de efectividad: 27 de junio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R148NCD, R2590CP

Fecha de implementación: 10 de diciembre de 2012

Resumen

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 27 de junio de 2012, los contratistas pueden determinar cobertura de “stand-alone laparoscopic sleeve gastrectomy” (LSG) para el tratamiento de condiciones comórbidas relacionadas a la obesidad cuando los beneficiarios de Medicare han cumplido con todas las condiciones siguientes:

- Índice de masa corporal (BMI) ≥ 35 kg/m²
- Al menos una comorbilidad relacionada a la obesidad
- Previamente sin éxito con el tratamiento médico para la obesidad

Nota: Los contratistas de Medicare no buscarán sus archivos para volver a procesar reclamaciones procesadas antes de la implementación de este cambio. Sin embargo, una vez sea implementado, los contratistas ajustarán las reclamaciones que usted traiga a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8028.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8028, 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/R148NCD.pdf>.
<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2590CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 148, CR 8028

CMS Pub. 100-04 Transmittal 2590, CR 8028

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

CMS emite dos reglas de pago

El jueves, 1 de noviembre, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron dos regulaciones finales actualizando las tarifas de pago y pólizas de Medicare en el año calendario (CY) 2013 para servicios prestados por médicos y otros profesionales de la salud, y departamentos ambulatorios de hospital y centros quirúrgicos ambulatorios (ASC).

La regla final de tarifa fija de Medicare (MPFS) de CY 2013 será publicada el 16 de noviembre de 2012. Tomará efecto el 1 de enero de 2013, con un periodo de comentario que cierra el 31 de diciembre de 2012.

- [Regla final con periodo de comentario](#)
- [Hoja informativa](#)

La regla final del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) de hospital de CY 2013 y de ASC será publicada el 15 de noviembre de 2012. Entrará en vigor el 1 de enero de 2013, con un periodo de comentario que cierra el 31 de diciembre de 2012.

- [Regla final con periodo de comentario](#)
- [Hoja informativa](#)

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 201211-01

Nueva imagen de las e-News del proveedor de CMS Medicare FFS

A partir de la próxima semana, usted notará algunos cambios en las e-News del proveedor de CMS Medicare fee-for-service (FFS). Estas tendrán el mismo contenido de calidad, pero con una nueva imagen, de igual manera como la transición a un nuevo sistema de entrega por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

¿Cuáles son las novedades?

- Diseño renovado y más limpio, con gráfico de encabezado nuevo.
- El cuerpo del correo electrónico contendrá una vista previa de los temas de la tabla de contenidos de las e-News de la semana con un enlace a la versión completa del texto del boletín.
- Un nuevo enlace a la [suscripción](#) o al manejo de su suscripción. Refiera a sus colegas.

Si usted no recibió el e-News el 8 de noviembre, por favor suscríbese utilizando el enlace anterior.

Gracias por su continuo interés en las noticias de Medicare FFS.

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 201211-02

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.

Medicare finaliza las disposiciones para el PPS ESRD, programa de incentivo de calidad y reducciones de deuda incobrable para todos los proveedores de Medicare

El viernes, 2 de noviembre, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una regla final que actualizará las pólizas y tarifas de pagos de Medicare para los centros de enfermedad renal en estado terminal (ESRD), mientras se refuerzan los incentivos para calidad de cuidado mejorada y mejores resultados para los beneficiarios diagnosticados con ESRD. Las disposiciones afectarán los pagos para los tratamientos de mantenimiento de diálisis ambulatorios prestados a partir del 1 de enero de 2013, bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD incluido que fue implementado en CY 2011.



CMS está proyectando que las tarifas de pago para los tratamientos de mantenimiento de diálisis ambulatorios aumentarán por un 2.3 por ciento, representando un aumento de inflación proyectada (o canasta de mercado de ESRD incluida) de 2.9 por ciento reducido por un ajuste de productividad proyectado de 0.6 por ciento. CMS estima que los pagos a los centros de ESRD en 2013 totalizarán \$8.4 billones.

La regla también hace cambios en el Programa de Incentivo de Calidad de ESRD (QIP) que provee incentivos de pago a centros de diálisis para mejorar la calidad del cuidado de diálisis. Bajo el ESRD QIP, centros que no alcancen una puntuación de ejecución total suficientemente alta con respecto a medidas de calidad establecidas en el reglamento reciben una reducción en sus tarifas de pago bajo el ESRD PPS de hasta dos por ciento. Por favor refiérase al sitio web de la [iniciativa de mejoramiento de calidad ESRD](#).

CMS también está codificando las disposiciones de la Sección 3201 del Middle Class Tax Extension and Job Creation Act de 2012 (Pub. L. No. 112-96) que requiere reducciones en reembolso de deuda incobrable para todos los proveedores elegibles de Medicare para recibir reembolso de deuda incobrable; estas disposiciones son específicamente establecidas por ley y por lo tanto, son auto implementadas. Esta reducción de deuda incobrable es proyectada para producir un ahorro al programa de \$10.9 billones en 10 años. La regla también remueve el límite del reembolso de deuda incobrable a los centros de ESRD.

La regla ([CMS-1352-F](#)) puede ser vista en el sitio web de [pago de ESRD](#). Para más información, vea la [hoja informativa de CMS](#).

Actualización de tarifa del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar para el año calendario 2013, requisitos de reporte de calidad de hospicio, requisitos de estudio y aplicación para agencias de salud en el hogar

Programa de Medicare; Actualización de tarifa del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar para el año calendario 2013, requisitos de reporte de calidad de hospicio, y requisitos de estudio y aplicación para la [regla final](#) de agencias de salud fue puesto en exhibición en la oficina del Registro Federal el 2 de noviembre de 2012. Esta regla final actualiza las tarifas de pago del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) de Medicare para CY 2013. Los pagos a agencias de salud en el hogar (HHA) son estimados a permanecer prácticamente sin cambios (disminuyendo por aproximadamente 0.01 por ciento o -\$10 millones). Esto refleja el efecto neto de un 1.3 por ciento de actualización de pago de salud en el hogar, un índice de salario actualizado, una actualización a la tasa de pérdida de dólares fijos (FDL), y un ajuste de codificación de combinación de casos destinadas a compensar los cambios de codificación no relacionados con cambios en las necesidades de salud del paciente. La regla también se reajusta y revisa la canasta de mercado de salud en el hogar, permite flexibilidad regulatoria adicional sobre reevaluaciones de terapia y requisitos de encuentro cara a cara, y extiende ciertos requisitos de reporte de calidad de hospicio para los años siguientes. Por último, esta regla establece nuevos requisitos de estudio y certificación para las HHA y provee un número de sanciones alternativas (o intermediarias) si las HHA estuvieran fuera de cumplimiento con los requisitos federales.

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 201211-03

Fase 2 de requerimientos para ordenar y referir

Número de *MLN Matters*: SE1221

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) pronto comenzarán a denegar las reclamaciones de la Parte B, equipos médicos durables (DME), y la Parte A de agencias de salud en el hogar (HHA) que no pasen la edición de ordenados/referidos, como se indica en la regla final CMS-6010-F, la cual fue publicada por CMS el 24 de abril de 2012. Estas ediciones garantizan que los médicos y otras personas que son elegibles para ordenar y referir artículos o servicios han establecido sus registros de inscripción de Medicare y son de una especialidad que es elegible para ordenar y referir. Este artículo incluye recursos adicionales e información acerca de las fases 1 y 2 de los requerimientos y qué tipos de proveedores son elegibles para solicitar o referir artículos o servicios a los beneficiarios de Medicare.

CMS autorizará a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B y MAC DME para comenzar a editar las reclamaciones de Medicare con la fase 2 de las ediciones de ordenados/referidos. Esto significa que al proveedor de facturación no se le pagará por los artículos o servicios que fueron proporcionados basados en el orden o la remisión de un proveedor que no tiene un registro de inscripción de Medicare.

Nota: CMS no ha anunciado una fecha en la que se activará la fase 2 de este programa. CMS proveerá 60 días de aviso por adelantado antes de iniciar las ediciones de ordenados/referidos.

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1221

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.

Curso de adiestramiento basado en la Web de robo de identidad médica para proveedores

En abril de 2012, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) produjo un curso de adiestramiento basado en la Web de robo de identidad médica que está actualmente disponible en el sitio web de CMS Medicare Learning Network. El curso *Safeguarding Your Medical Identity* está diseñado para educar a los proveedores de Medicare sobre cómo reconocer los riesgos del robo de identidad médica y los recursos disponibles para proteger su identidad médica.

El curso de adiestramiento cuenta con Dr. Shantanu Agrawal, Director Médico del Center for Program Integrity. Se discute el alcance y la definición del robo de identidad médica, esquemas comunes utilizando identidades robadas, consecuencias para las víctimas, estrategias de mitigación, y acciones apropiadas para las víctimas potenciales de robo de identidad médica. Profesionales del cuidado de la salud pueden obtener un total de 1.0 hora de crédito de educación médica continua (CME), después de completar una post evaluación con tres preguntas. Inscripción es requerida para obtener crédito de CME, y las instrucciones para inscripción pueden ser encontradas en <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/SafeMed-ID-Products.pdf>.

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

Fuente: CMS TDL 13040

Impacto de no cumplir con la dirección física o de la práctica en los archivos de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1245
 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 médicos, proveedores y abastecedores deben garantizar que sus intermediarios fiscales designados (IF), aseguradoras, contratistas administrativos de Medicare (MAC DME) de equipo médico duradero, y A/B MAC ya no tienen la dirección de la oficina de apartado postal ((P.O.) box) o la dirección de una casilla postal asociadas con la información de la dirección del proveedor de facturación en el archivo.

Si usted o sus oficinas de facturación están recibiendo cartas de notificación del proveedor de Medicare que reflejan el error H25375 como base de la razón por la cual no se puede realizar la transferencia de la reclamación de sus pacientes - o , por otra parte, encuentra que con frecuencia el 100 por ciento las reclamaciones de sus pacientes de Medicare no fueron transferidas - usted debe consultar a su intermediario fiscal designado (FI), aseguradoras, contratistas administrativos de Medicare (MAC DME) de equipo médico duradero, y A/B MAC para confirmar la información de la dirección que Medicare tiene en sus archivos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1245.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1245

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.

Orientación de Medicare sobre el brote de meningitis

Número de *MLN Matters*: SE1246
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de prevención y control de enfermedades (CDC) recomiendan actividades terapéuticas y de diagnóstico para pacientes sintomáticos. Por lo tanto, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) creen que, aparte de los medicamentos orales, artículos y servicios para diagnosticar y tratar pacientes que han recibido medicamentos contaminados cualifican para el beneficio de la Parte A o Parte B de Medicare.

Este artículo de edición especial está diseñado para proveer educación sobre el tratamiento provisional de la meningitis fúngica basado en orientación de los Centros de control de enfermedades (CDC). También incluye información sobre la cobertura de Medicare para artículos, servicios y medicamentos antifúngicos recomendados por los CDC.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1246.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1246

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

Pagos Prospectivos

Actualización trimestral a la ESRD PPS

Número de *MLN Matters*: MM7858

Número de petición de cambio relacionado: CR 7858

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012 (actualizaciones de los requerimientos de facturación consolidada para el ESRD PPS),

1 de julio de 2012 (actualizaciones para medicamentos y agentes biológicos relacionados ESRD)

Número de transmisión de CR relacionado: R2486CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

El sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS) provee un único pago para las instalaciones de ESRD el cual cubre todos los recursos utilizados en el suministro de un tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios. Este incluye lo siguiente:

- Materiales y equipo usados para administrar diálisis (en el establecimiento ESRD o en la casa de un paciente)
- Medicamentos y agentes biológicos
- Pruebas de laboratorio
- Adiestramiento
- Servicios de apoyo

El PPS ESRD también incluye requisitos de facturación consolidada para servicios limitados de la Parte B incluidos en el pago global de la instalación ESRD.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7858.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7858, 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/R2486CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2486, CR 7858

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 a los requerimientos de ESRD PPS CB para daptomycin y clarificación de los servicios extraordinarios para CY2013

Número de *MLN Matters*: MM7869

Número de petición de cambio relacionado: CR 7869

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2588CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

La petición de cambio 7869 implementa la modificación de los requerimientos de facturación consolidada del sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) para daptomycin y clarifica los servicios extraordinarios para el año calendario 2013.

Los asuntos discutidos en el artículo de *MLN Matters*® MM7869 incluyen:

- Revisión al reporte de reclamaciones ESRD de daptomycin,
- Revisión al reporte de reclamaciones ESRD, medicamentos y agentes biológicos relacionados ESRD, y
- Clarificación de medicamentos y agentes biológicos relacionados ESRD que califican como servicios extraordinarios.

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7869.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7869, 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/R2588CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2588, CR 7869

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.

Recursos preventivos

Actualización de la edición para la visita anual de bienestar

Número de *MLN Matters*: MM8107

Número de petición de cambio relacionado: CR 8107

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2575CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Normalmente, cuando se registra un servicio preventivo en la historia de uso de un beneficiario, se registran entradas independientes para un servicio “profesional” (la reclamación profesional para la prestación del servicio por sí mismo), y un servicio “técnico” (las reclamaciones institucionales para la tarifa de la institución). Sin embargo, en el caso del servicio de la visita anual de bienestar (AWV), no hay ningún pago separado para la tarifa de la institución.

Por consiguiente, a partir de las reclamaciones procesadas en y después del 1 de abril de 2013, la reclamación AWV será registrada únicamente como servicio “profesional”, independientemente de que sea pagada en una reclamación profesional o una reclamación institucional. Según lo indicado por la petición de cambio 8107, los contratistas de Medicare pagarán ya sea al profesional de la salud o la instalación para la prestación del servicio de la AWV, pero sólo se admitirá un pago único bajo la tabla de tarifas fijas del médico de Medicare para una AWV en la misma fecha. Ese pago se basará en la primera reclamación recibida.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8107.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8107, 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/R2575CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2575, CR 8107

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

CMS e-News del proveedor de Medicare

Las e-News de los proveedores de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial del *Medicare Learning Network*® (MLN) que contiene el equivalente de una semana de noticias para los proveedores de tarifa fija de Medicare (FFS). CMS envía estos mensajes semanalmente a asociaciones de proveedores nacionales de la industria de salud, quienes entonces distribuyen las e-News a sus miembros según apropiado. Para mejorar la consistencia y para agilizar las operaciones en mensajería a la comunidad del proveedor de FFS, a través de todos los canales de información de Medicare, CMS está llevando a cabo un piloto 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 jueves, 25 de octubre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-10-25-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 1 de noviembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-11-01-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 8 de noviembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-11-08-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 15 de noviembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-11-15-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 21 de noviembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-11-21-e-News.pdf>

Fuente: CMS PERL 201210-07, 201210-09, 201211-04, 201211-05, 201211-06



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).

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Diciembre de 2012

Aprenda los altos y bajos de las reclamaciones para estadía prolongada.

Cuando: 11 de diciembre de 2012

Hora: 9:00 a.m.- 11:00 a.m. ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: español

Dirigido a: Puerto Rico.

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:

- Preinscripción 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.fcso.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.

Información General

Resultados generalizados de la investigación de los grupos de diagnóstico relacionado de severidad médica de Medicare

First Coast Service Options, Inc. (First Coast) condujo ocho investigaciones generalizadas sobre las MS-DRG que se encuentran a continuación, en respuesta a los hallazgos de la revisión de los archivos médicos identificados por el contratista de auditoría de recuperaciones (RAC) en Florida. Los RAC identificaron estadia de hospitalizaciones que no fueron consideradas médicamente necesarias. Las investigaciones generalizadas fueron completadas para validar los hallazgos del RAC. Las tasas de error del RAC y los resultados, así como las primeras conclusiones de la revisión médica de First Coast y las medidas correctivas, se indican a continuación.

MS-DRG 069 – Isquemia transitoria

- La tasa de error RAC fue 34.37 por ciento. En el 99 por ciento de estos casos, la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast es del 40.68 por ciento. El 100 por ciento de estos casos fueron denegados ya que la admisión no era razonable ni necesaria para un nivel de atención de paciente hospitalizado.
- Las MS-GRD 069 se situarán en un 10 por ciento de revisión médica efectiva a partir del 16 de noviembre de 2012.

MS-DRG 312 – Síncope y colapso

- La tasa de error RAC fue 23.39 por ciento. En el 99 por ciento de estos casos, la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast es del 24.71 por ciento. El 100 por ciento de estos casos fueron denegados ya que la admisión no era razonable ni necesaria para un nivel de atención de paciente hospitalizado.
- La MS-DRG 312 no se situará en revisión médica debido al proyecto de demostración prepago RAC.

MS DRG 254 – Otros procedimientos vasculares w/o CC/MCC

- La tasa de error RAC fue 28.14 por ciento. En el 100 por ciento de estos casos, la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast fue del 23.14 por ciento.
 - En el 52 por ciento de los casos, el procedimiento fue razonable y necesario, pero la admisión no fue razonable y necesaria para un nivel de atención de paciente hospitalizado.
 - En el 48 por ciento de estos casos la documentación no soportó que el procedimiento fuera razonable y necesario.
- Las MS-DRG 254 se situarán en el 10 por ciento de la revisión médica efectiva a partir de noviembre 16 de 2012.

MS-DRG – 314 Otros diagnósticos del sistema circulatorio con MCC

- La tasa de error RAC fue 29.27 por ciento. En el 88 por ciento de estos casos la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast fue 9.28 por ciento. Ninguna acción se llevará a cabo por parte de First Coast en este momento.

MS-DRG – 683 Falla renal con CC

- La tasa de error RAC fue 30.50 por ciento. En el 97 por ciento de estos casos la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast fue 7.24 por ciento. Ninguna acción se llevará a cabo por parte de First Coast en este momento.

MS-DRG – 253 Otros procedimientos vasculares con CC

- La tasa de error RAC fue 39.38 por ciento. En el 100 por ciento de estos casos, la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast fue 5.65 por ciento. La MS-DRG 253 permanece en revisión prepago del 60 por ciento.

(Continúa en la página siguiente)

Resultados...(Continuación)

MS-DRG – 249 Procedimiento percutáneo cardiovascular sin stent liberador de fármacos w/o MCC

- La tasa de error RAC fue 55.94 por ciento. En el 100 por ciento de estos casos, la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast fue 2.88 por ciento. Ninguna acción correctiva se llevará a cabo por parte de First Coast en este momento

MS-DRG – 811 Trastornos de glóbulos rojos con MCC

- La tasa de error RAC fue 41.85 por ciento. En el 97 por ciento de estos casos la documentación no apoyó la necesidad médica.
- La tasa de error de First Coast fue 2.68 por ciento. Ninguna acción correctiva se llevará a cabo por parte de First Coast en este momento.

Requisitos de nuevo medicamento ESA peginesatide para ESRD

Número de *MLN Matters*: MM8050

Número de petición de cambio relacionado: CR 8050

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2582CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Efectivo el 1 de enero de 2013, peginesatide, se le ha asignado un código permanente de Healthcare Common Procedure Coding System J0890 a un nuevo medicamento agente estimulante erythropoietin (ESA) aprobado para el tratamiento de anemia en pacientes de diálisis. Este código permanente reemplaza el código temporero Q2047 el cual fue previamente emitido para peginesatide.

Peginesatide es un ESA y, por lo tanto, está sujeto a los requisitos de reclamación y modificaciones de sistema implementadas con la póliza de monitoreo de reclamaciones nacionales (por ejemplo, póliza de monitoreo) para los ESA, efectivo para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2013. Mientras la póliza de monitoreo y sus ajustes de pago aplicables no sean aplicados a los pacientes de diálisis en el hogar, otros requisitos de reclamación aplicables a facturación de los ESA son requeridos para todas las reclamaciones de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD).



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8050.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8050, 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/R2582CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2582, CR 8050

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 sistema de Medicare para incluir los NPI ejecutados de nivel de línea para pagos PCIP a los CAH

Número de *MLN Matters*: MM8030

Número de petición de cambio relacionado: CR 8030

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2579CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Efectivo con la implementación de la petición de cambio (CR) 7578, la información del identificador nacional del proveedor (NPI) del médico/profesional de la salud de nivel de línea es almacenada cuando es facturada utilizando la versión 5010 de la reclamación electrónica 837I. La CR 8030 le permitirá al Sistema Compartido Intermediario Fiscal de Medicare (FISS) identificar información del NPI del médico/profesional de la salud prestando servicio a nivel de línea para pagos del programa de incentivo de cuidado primario (PCIP) cuando son facturados utilizando la versión 5010 de la reclamación electrónica 837I.

Para este tiempo, su contratista de Medicare hará pagos trimestrales de PCIP a los CAH pagados bajo

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.

el método opcional utilizando el NPI reportado. En adición, los contratistas podrán:

- Revisar la remesa de pago de incentivo especial para proveedores del método 2 de CAH, donde sea necesario, para identificar el NPI médico que recibió el pago de PCIP.
- Revisar cualquier requisito actual de reporte de resumen de NPI indicando el médico correcto que recibió un pago de PCIP

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8030.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8030, 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/R2579CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2579, CR 8030

Hospital

Cumplimiento de la facturación provisional para los servicios de hospitalización parcial

Número de *MLN Matters*: MM8048

Número de petición de cambio relacionado: CR 8048

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2578CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

En la norma final de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud del año calendario (CY) 2013, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), han creado un nuevo G-code (código G) que será usado para informar al médico, o al profesional de la salud calificado, la gestión de los servicios de atención para un paciente al que se le ha dado de alta de una hospitalización parcial.

La facturación provisional correcta de los servicios de hospitalización parcial es crucial para esta implementación del G-code (código G). Por lo tanto, los sistemas de Medicare harán cumplir la edición de consistencia para la facturación provisional de

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

las reclamaciones para el programa de los servicios de hospitalización parcial. Estas modificaciones tienen por objeto garantizar que los proveedores de pacientes ambulatorios presenten sus reclamaciones para un curso continuo del tratamiento para el beneficiario en la secuencia de la fecha de servicio. Las facturas que se presenten fuera de secuencia serán devueltas al proveedor.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8048.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8048, 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/R2578CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2578, CR 8048

Affordable Care Act Section 3025 – expansión del archivo específico del proveedor de pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: MM8067

Número de petición de cambio relacionado: CR 8067

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2576CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La Sección 3025 del Affordable Care Act establece el Readmission Reduction Program (programa de reducción de readmisión) y agrega un párrafo que requiere la Secretary of Health and Human Services (secretaría de salud y servicios sociales) para aplicar un ajuste en la determinación de la operación del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS). Esta disposición de pago es efectiva para los pacientes hospitalizados que fueron dados de alta en o después del 1 de octubre de 2012.



Ciertos hospitales recibirán un factor de ajuste de la readmisión que es el más alto de una relación que se describe en la Sección 3025 del Affordable Care Act o un mínimo especificado en la Sección 1886(q)(3) del Acto. El archivo específico del proveedor de pacientes hospitalizados (PSF) será ampliado para incluir un campo numérico para el “factor de ajuste de la readmisión”.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8067.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8067, 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/R2576CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2576, CR 8067

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

Actualizaciones de archivo específico del proveedor de IPPS, IRF y LTCH utilizando el ratio SSI 2010

Número de *MLN Matters*: MM8078

Número de petición de cambio relacionado: CR 8078

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

Fecha de efectividad: 3 de diciembre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1141OTN

Fecha de implementación: 3 de diciembre de 2012

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) está proveyendo a los contratistas con data actualizada para determinar el ajuste compartido desproporcionado para hospitales del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS) y el ajuste de paciente de bajos recursos para los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF), y data actualizada para determinar pagos para casos extraordinarios de estadía corta bajo el sistema de pago prospectivo de hospital de cuidado a largo plazo (LTCH PPS). El ingreso de seguridad suplementaria (SSI)/data del beneficiario de Medicare para hospitales están disponibles electrónicamente y contienen lo siguiente:

- Nombre del hospital
- Número de certificación de CMS
- Días de SSI

(Continúa en la página siguiente)

Actualizaciones...(Continuación)

- Días totales de Medicare
- Ratio de días de paciente de la Parte A de Medicare atribuible a beneficiarios de SSI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8078.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8078, 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/R1141OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1141, CR 8078

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

Pagos Prospectivos

Cambios al ESRD PPS para el año calendario 2013

Número de *MLN Matters*: MM8120

Número de petición de cambio relacionado: CR 8120

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R162BP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8120 implementa el tercer año del periodo de transición de cuatro años del sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS), durante el cual los centros de ESRD serán pagados una cantidad combinada en base a 25 por ciento de la cantidad de pago compuesto ajustado para la combinación de casos básica y 75 por ciento de la cantidad de pago del ESRD PPS.

El 2013 ESRD PPS PRICER también corrige un error previo que asignó ajustadores de diálisis peritoneal para ultrafiltración facturada para reclamaciones pediátricas. En caso de que cualquier centro de ESRD haya recibido pagos incorrectos por servicios de ultrafiltración pediátrica, pueden pedirle a su contratista que ajuste esas reclamaciones después de la fecha de implementación de esta instrucción. Los proveedores deben solicitar este ajuste dentro de seis meses de la fecha de implementación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8120.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8120, 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/R162BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 162, CR 8120

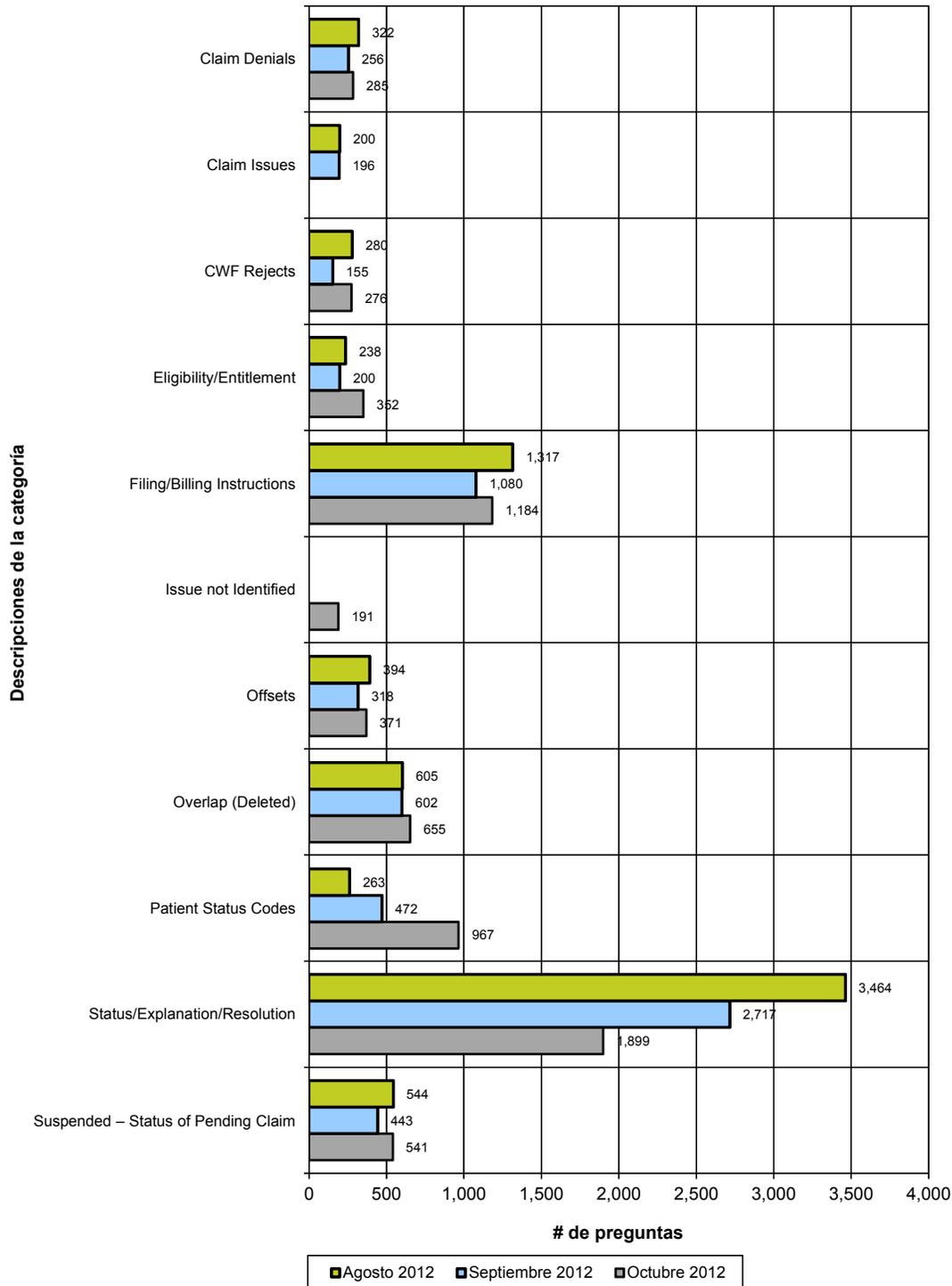
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 agosto-octubre 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. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de agosto a octubre 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

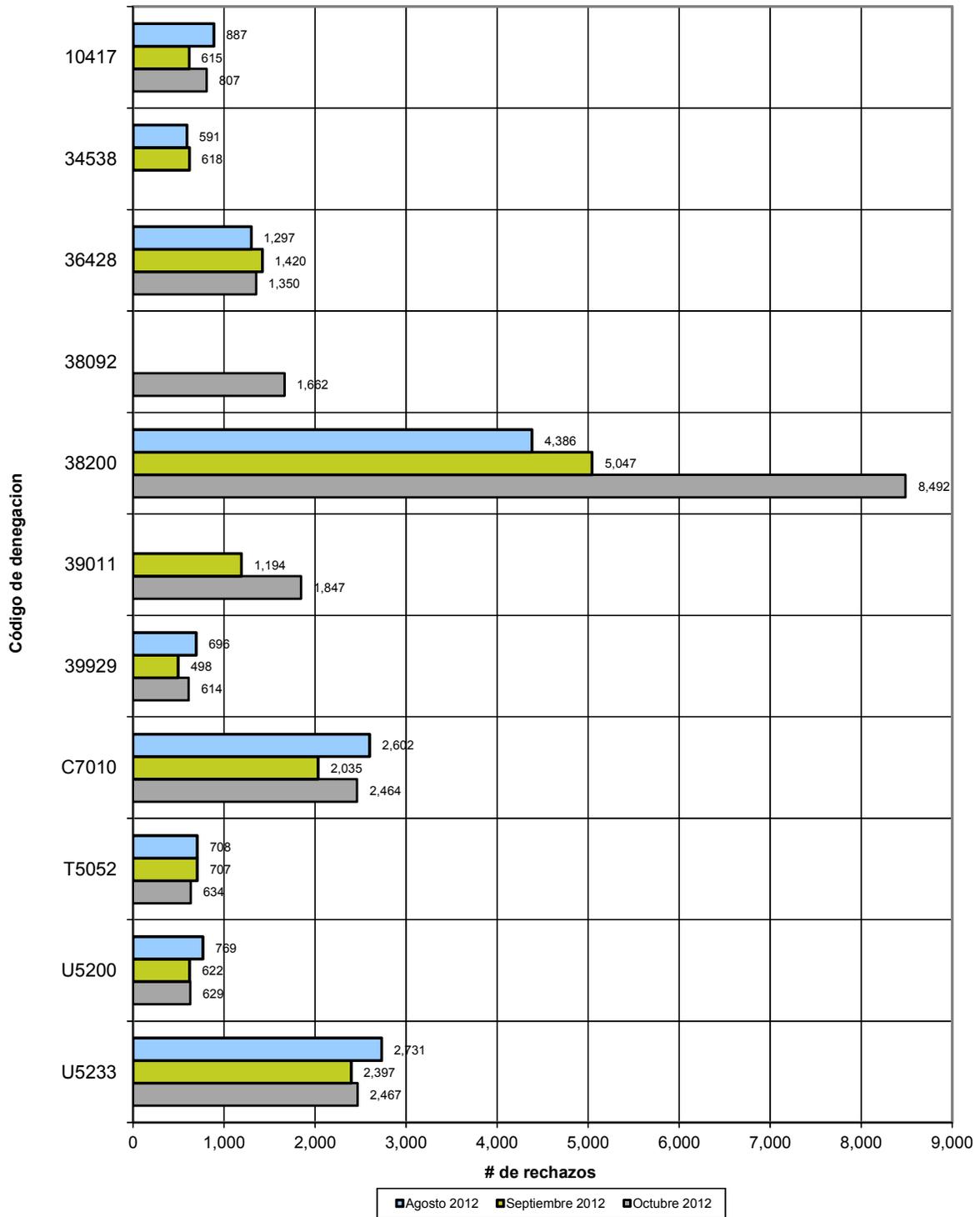
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Preguntas de Parte A más frecuentes en agosto-octubre de 2012



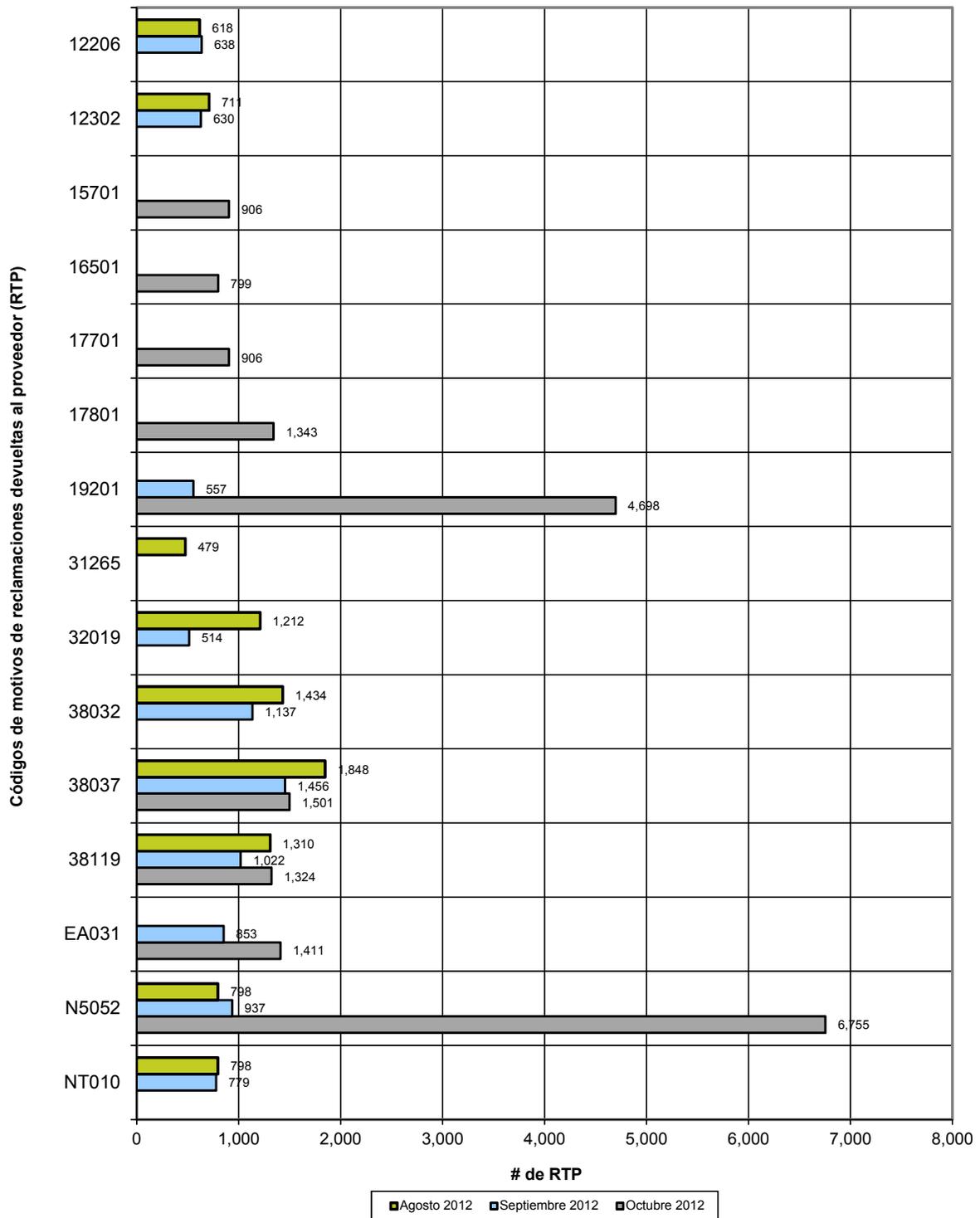
Gráficos... (Continuación)

Rechazos más frecuentes de Parte A en agosto-octubre de 2012



Gráficos... (Continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en agosto-octubre 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

A77371: Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT)	26
ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins.....	26
A77301: Intensity modulated radiation therapy (IMRT).....	26
AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®).....	27

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

A77371: Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L30364 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) se hizo efectiva el 5 de octubre de 2009. Desde entonces, fue realizada una revisión bajo la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para agregar el código de diagnóstico 198.5 del ICD-9-CM (neoplasia maligna secundaria de hueso y médula ósea) para los códigos HCPCS G0173, G0251, G0339, y G0340 para SBRT.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 29 de noviembre de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable "Jump to Section..." en la parte superior de la página de la LCD.

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

ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28788 (Florida)

Identificador de LCD: L28790 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para botulinum toxins fue recientemente revisada el 29 de marzo de 2012. Desde entonces, la sección "Documentation Requirements" de la LCD ha sido revisada para clarificar la tercera viñeta relacionada a métodos infructuosos de tratamientos convencionales.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 18 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. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace "Display Future Effective Documents" en la parte superior de la lista de la página de las LCD.

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

A77301: Intensity modulated radiation therapy (IMRT) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28892 (Florida)

Identificador de LCD: L28914 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para intensity modulated radiation therapy (IMRT) fue recientemente revisado el 5 de octubre de 2009. Desde entonces, una revisión fue hecha bajo la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para añadir el código de diagnóstico ICD-9-CM 198.5 (Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 29 de noviembre 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 seleccionando "LCD Attachments" en el menú desplegable de "Jump to Section..." en la parte superior de la página de la LCD.

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

AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28203 (Florida)

Identificador de LCD: L29355 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue revisada recientemente en su mayoría el 10 de agosto de 2012. Desde entonces, se ha determinado que una revisión de la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD y el anexo “Coding Guidelines” también fueron necesarios debido a la adición de la nueva indicación de la etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) de edema macular diabético (DME) (ICD-9-CM código 362.07). Por lo tanto, fue agregada una viñeta adicional para el edema macular diabético con el lenguaje que requiere un diagnóstico dual (el diagnóstico 362.07 debe ser presentado con un código para la retinopatía diabética [ICD-9-CM códigos 362.01-362.06]).

Además, el código 362.07 de ICD-9-CM fue retirado de la primera lista de viñetas que aparece bajo “Macular edema following retinal vein occlusion (RVO),” desde que la etiqueta de la FDA sólo indica edema macular para indicación RVO. La codificación apropiada ICD-9-CM debería ser soportada por la documentación de la historia clínica por el servicio prestado.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 20 de noviembre de 2012, para servicios prestados en o después del 10 de agosto de 2012. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD. Para las LCD con fecha de efectividad futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de las LCD.

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

Formulario de Parte A

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

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y prostéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

Inscripción proveedor Medicare – ADA
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones/correspondencia Florida:

Servicio al cliente Medicare Parte A
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45071
Jacksonville, FL 32232-5071

Presentación de reclamaciones electrónicas

Acceso al sistema remoto (DDE)
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de Freedom of Information Act

(Relacionado con reporte de costos y auditorías). Auditoría y reembolso a los proveedores (PARD)

Attn: FOIA PARD – 16T. P. O. Box 45268. Jacksonville, FL 32232-5268

Determinaciones de cobertura local

Pólizas médicas y procedimientos – 19T. P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales
MSP P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

MSP – revisión de hospital
P. O. Box 45267
Jacksonville, FL 32232-5267

MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/demandas, responsabilidades
Auto/Responsabilidad – 17T

P. O. Box 44179
Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos, reportes estadísticos y de reembolso del proveedor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Auditoría y reembolso a los proveedores. P. O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

Aplicaciones CMS-855
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Redeterminaciones

Florida:
Redeterminaciones y apelaciones Medicare Parte A. P. O. Box 45053
Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc
P. O. Box 45097
Jacksonville, FL 32232-5097

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo médico duradero (DMERC) DME, dispositivos ortóticos y prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

Palmetto Government Benefit

Administrators
Medicare Parte A. P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:
888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla

877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla

800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

First Coast Service Options Inc. (Contratistas de Medicare de Florida e Islas Vírgenes de EE.UU.)

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Facturación

Revisión al Capítulo 15 del Medicare Program Integrity Manual

Número de *MLN Matters*: MM7864

Número de petición de cambio relacionado: CR 7864

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

Fecha de efectividad: 1 de febrero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R437PI

Fecha de implementación: 1 de febrero de 2013

Resumen

Este cambio enfatiza que las entidades distintas a las prácticas de médico/profesional de la salud pueden recibir beneficios reasignados, asumiendo que los requisitos para una excepción de reasignación son cumplidos y que el reasignado cumple todos los requisitos de inscripción.

Medicare puede pagar:

- Un médico u otro empleador del proveedor si el suplidor es requerido, como una condición de empleo, a entregar al empleador las tarifas por sus servicios, o
- Una entidad (por ejemplo, una persona, grupo, o centro) que está inscrita en el programa de Medicare para servicios prestados por un médico u otro suplidor bajo un arreglo contractual con esa entidad.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7864.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7864, 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/R437PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 437, CR 7864

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.

Terminación de la consulta de elegibilidad del archivo común de trabajo

Número de *MLN Matters*: MM8086

Número de petición de cambio relacionado: CR 8086

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de noviembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1140OTN

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) es requerido por el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) utilizar el formato adecuado cuando intercambie esta información con cualquier entidad cubierta, lo cual aplica a todos los usuarios de esta consulta. Por lo tanto, la consulta de ELGB (elegibilidad) debe ser eliminada ya que no es compatible con HIPAA porque la consulta que se recibe y la respuesta que se envía no están en formato X12.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8086.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8086, 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/R1140OTN.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1140, CR 8086

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

MPPR en el componente técnico de diagnóstico cardiovascular y procedimientos oftalmológicos

Número de *MLN Matters*: MM7848

Número de petición de cambio relacionado: CR 7848

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1149OTN

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Bajo la disposición de la reducción de pago de procedimiento múltiple (MPPR), es requerido que el Secretary of Health and Human Services identifique los códigos potencialmente valorados de forma errónea al examinar códigos múltiples que son frecuentemente facturados en conjunto con el suministro de un servicio individual. Como un paso más en la implementación de esta disposición, Medicare está expandiendo la política de MPPR aplicando las MPPR al componente técnico (TC) de diagnóstico cardiovascular y procedimientos oftalmológicos.

Las MPPR en diagnóstico cardiovascular y procedimientos oftalmológicos aplican cuando múltiples servicios son proporcionados al mismo paciente el mismo día.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7848.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7848, 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/R1149OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1149, CR 7848

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

Los pagos de incentivo del sistema de reporte de calidad médica para el periodo de reporte 2011

Los Centros de servicio de Medicare y Medicaid (CMS) establecieron el sistema de reporte de calidad médica para permitir a profesionales elegibles participar en un programa voluntario de reporte de calidad. Los profesionales elegibles, que reporten exitosamente un conjunto designado de medidas de calidad sobre reclamaciones para el periodo de reporte, reciben un incentivo de pago anual.

Los pagos de incentivos anuales para el periodo de reporte 2011 fueron emitidos el 24 de octubre de 2012.

Si recibe una notificación de remesa electrónica, su pago de incentivo del sistema de reporte de calidad médica puede ser identificado por el siguiente mensaje – “LE-P4R”.

Si usted recibe una notificación de remesa impresa, su incentivo de pago del sistema de reporte de calidad médica puede ser identificado por el siguiente mensaje - “This is a PQRS incentive payment” (“Este es un incentivo de pago de PQRS”).

Para más información sobre el sistema de reporte de calidad médica, acceda el siguiente enlace:

<http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/index.html>

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

Reporte especial para el reporte de calidad del centro quirúrgico ambulatorio

Número de *MLN Matters*: SE1248
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

Un programa de reporte de información de calidad para los centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) fue finalizado en los cambios finales al sistema de pago de ASC y las tarifas de pago (CMS-1525-FC) del año calendario (CY) 2012.

Para cumplir con los requisitos del programa de reporte de calidad de ASC y recibir el pago anual completo los ASC deben presentar los códigos de datos de calidad (QDC) según indicado en este artículo.

Determinación de pago para CY 2014

La información recopilada por CMS será basada en reclamaciones y no requiere abstracción. Los ASC comenzarán a presentar los QDC en cinco diferentes medidas comenzando con reclamaciones con fecha de servicio para el 1 de octubre de 2012, hasta el 31 de diciembre de 2012.

Determinación de pago para CY 2015

En adición a las mismas medidas basadas en reclamaciones utilizadas para CY 2014, CMS adoptó dos medidas estructurales que serán reportadas a través de una herramienta basada en la Web. El periodo de reporte para las medidas estructurales comenzará el 1 de Julio de 2013, y se extenderán hasta el 15 de agosto de 2013, para servicios prestados entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1248.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1248

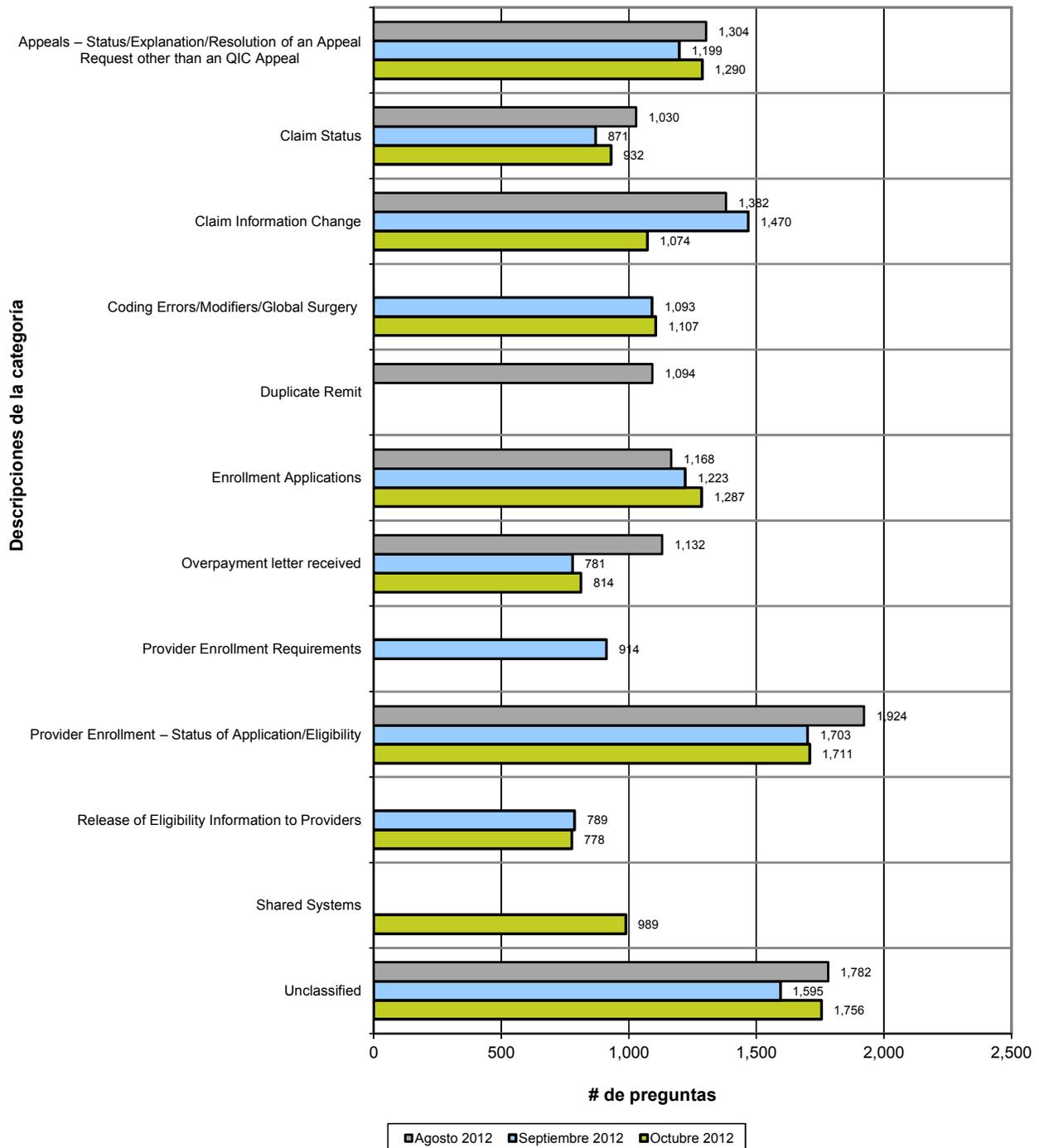
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 agosto-octubre 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. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de agosto a octubre 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

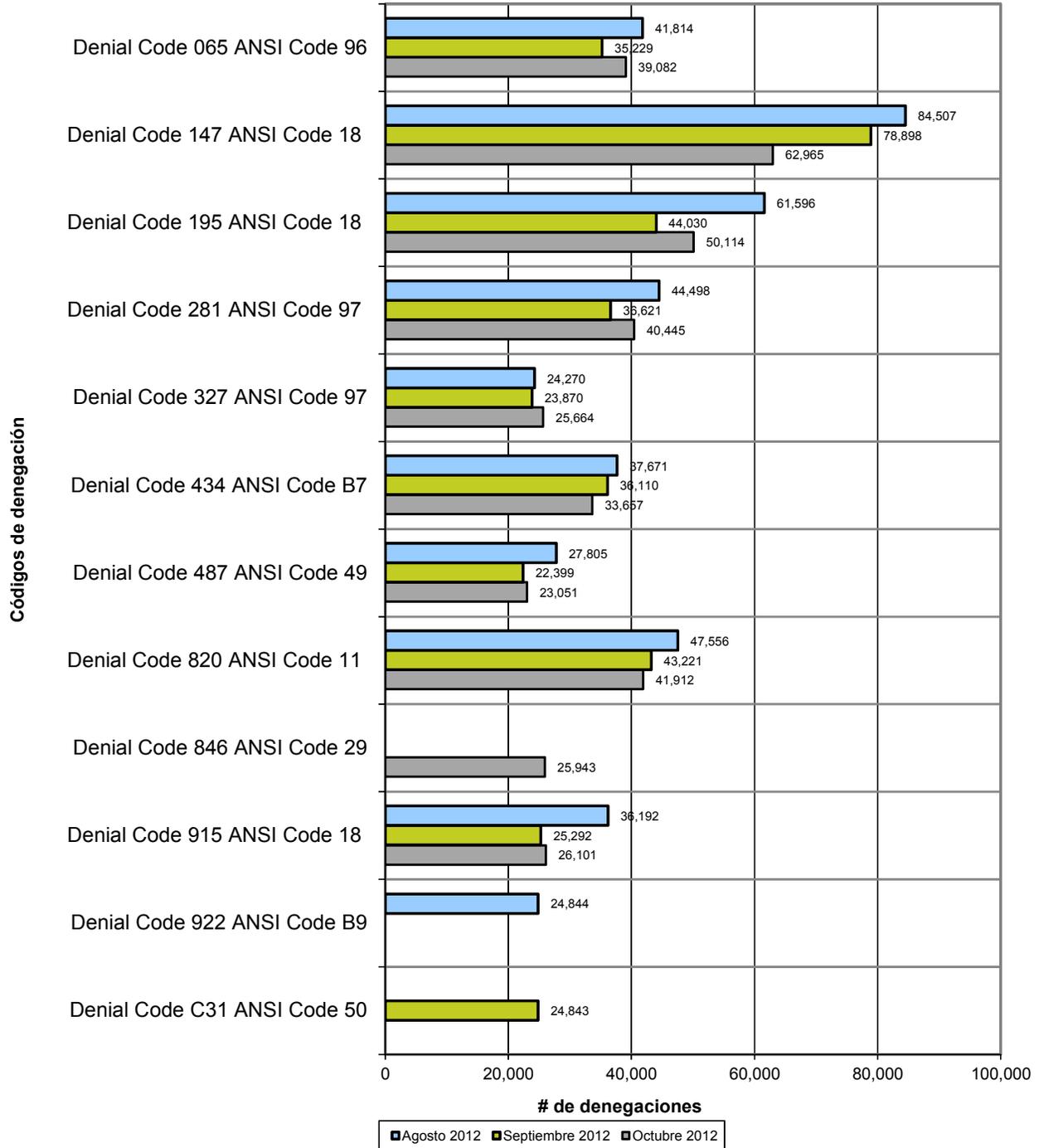
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Preguntas de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2012



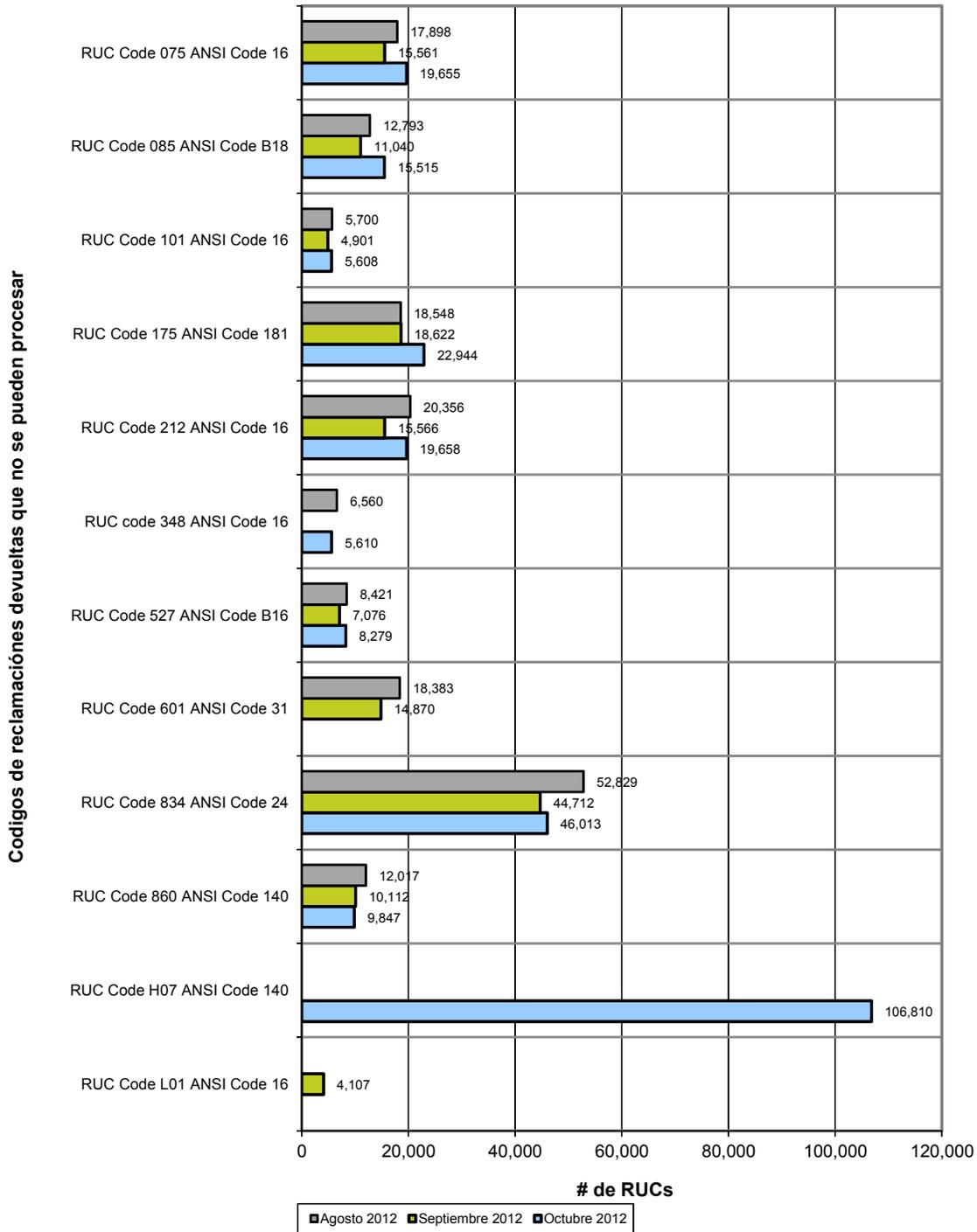
Gráficos.. (Continuación)

Denegaciones de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2012



Gráficos.. (Continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en agosto-octubre 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

77371: Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT).....	38
BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins.....	38
77301: Intensity modulated radiation therapy (IMRT).....	38
J2778: Ranibizumab (Lucentis®).....	39

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

77371: Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L30366 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para radiocirugía estereostática (SRS) y radioterapia corporal estereostática (SBRT) se hizo efectiva el 5 de octubre de 2009. Desde entonces, fue realizada una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para agregar el código de diagnóstico 198.5 del ICD-9-CM (neoplasia maligna secundaria de hueso y médula ósea) para los códigos de procedimiento 77373, G0339, y G0340 para SBRT.

Fecha de vigencia

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

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

BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29088 (Florida)

Identificador de LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para botulinum toxins fue recientemente revisada el 29 de marzo de 2012. Desde entonces, la sección “Documentation Requirements” de la LCD ha sido revisada para clarificar la tercera viñeta relacionada a métodos infructuosos de tratamientos convencionales.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas a partir del 18 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. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de las LCD.

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

77301: Intensity modulated radiation therapy (IMRT) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29200 (Florida)

Identificador de LCD: L29352 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para intensity modulated radiation therapy (IMRT) fue recientemente revisado el 5 de octubre de 2009. Desde entonces, una revisión fue hecha bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir el código de diagnóstico ICD-9-CM 198.5 (Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 29 de noviembre 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 seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

J2778: Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29203 (Florida)

Identificador de LCD: L29355 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue revisada recientemente en su mayoría el 10 de agosto de 2012. Desde entonces, se ha determinado que una revisión de la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD y el anexo “Coding Guidelines” también fueron necesarios debido a la adición de la nueva indicación de la etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) de edema macular diabético (DME) (ICD-9-CM código 362.07). Por lo tanto, fue agregada una viñeta adicional para el edema macular diabético con el lenguaje que requiere un diagnóstico dual (el diagnóstico 362.07 debe ser presentado con un código para la retinopatía diabética [ICD-9-CM códigos 362.01-362.06]).

Además, el código 362.07 de ICD-9-CM fue retirado de la primera lista de viñetas que aparece bajo “Macular edema following retinal vein occlusion (RVO),” desde que la etiqueta de la FDA sólo indica edema macular para indicación RVO. La codificación apropiada ICD-9-CM debería ser soportada por la documentación de la historia clínica por el servicio prestado.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 30 de noviembre de 2012**, para servicios prestados **en o después del 10 de agosto de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD. Para las LCD con fecha de efectividad futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de las LCD.

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

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 2013 – 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 2013, 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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones 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

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y prostéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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 expreso 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

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

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

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito

Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Proveedores participantes
Proveedores participantes Medicare Parte B
P. O. Box 44117
Jacksonville, FL 32231-4117

Reclamaciones de quiropráctico
Unidad quiropráctica Medicare Parte B
P. O. Box 44067
Jacksonville, FL 32231-4067

Reclamaciones de ambulancia
Departamento de ambulancia Medicare Parte B.
P. O. Box 44099
Jacksonville, FL 32231-4099

Medicare como pagador secundario
Departamento MSP Medicare Parte B
P. O. Box 44078
Jacksonville, FL 32231-4078

Reclamaciones ESRD
Reclamaciones ESRD Medicare Parte B
P. O. Box 45236
Jacksonville, FL 32232-5236

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones
Revisión reclamaciones Medicare Parte B.
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Solicitud de audiencias justas
Audiencias Medicare
P.O. Box 45156
Jacksonville FL 32232-5156

Freedom of Information Act
Solicitud Freedom of Information Act
Apartado postal 2078
Jacksonville, Florida 32231

Audiencias juez de derecho administrativo
Q2 Administrators, LLC
Parte B QIC South Operations. P.O. Box 183092. Columbus, Ohio 43218-3092
Attn: Administration manager

Estatus/preguntas generales
Correspondencia Medicare Parte B
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Sobrepagos
Servicios financieros Medicare Parte B
P. O. Box 44141
Jacksonville, FL 32231-4141

Reclamaciones de (DME), próstéticos u ortóticos
Cigna Government Services
P.O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202

Reclamaciones electrónicas (EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

Medicare EDI. P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Desarrollo adicional

Dentro de los 40 días de solicitud inicial:
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2537
Jacksonville, FL 32231-0020

Pasados 40 días de solicitud inicial: Envíe los cargos en cuestión, incluyendo información solicitada, como si fuera una nueva reclamación
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Misceláneo

Problemas de participación del proveedor y afiliación de grupo; solicitudes por escrito para UPIN, perfiles y tarifas fijas: inscripción en Medicare
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor
Inscripción en Medicare.P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021 y
Departamento Inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32203-1109

Educación al proveedor Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educacionales
Medicare Parte B. Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Limitación de asuntos de cargos Errores de procesamiento
Medicare Parte B. P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0048

Verificación de reembolso:
Medicare Parte B
Supervisión de cumplimiento
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:
Palmetto GBA
Ferrocarril Medicare Parte B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso
First Coast Service Options Inc.
Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Números telefónicos

Proveedores. Llamada gratis Servicio al cliente:
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR): 1-877-847-4992

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:
1-800-MEDICARE
Impedimento auditivos:
1-800-754-7820

Nota: las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro eventos educacionales (línea no gratiuta):
1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)
1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o próstéticas
Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A
Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare Proveedores

First Coast Service Options Inc. (FCSO), su contratista administrativo de Medicare
<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.cms.gov

Beneficiarios
Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45098
Jacksonville, FL 32232-5098

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Recuperación de deuda Parte B, preguntas MSP y sobrepagos, y manejo de efectivo

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45013
Jacksonville, FL 32232-5013

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor:

Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

y

Departamento de inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32231-1109

Redeterminaciones

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45024
Jacksonville, FL 32232-5091

Redeterminaciones de sobrepago

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45091
Jacksonville, FL 32232-5091

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45073
Jacksonville, FL 32232-5073

Investigaciones del congreso

First Coast Service Options Inc.
Attn: Carla-Lolita Murphy
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalecientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educativos:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Reclamaciones de Medicare para

los retirados del ferrocarril
Palmetto GBA
Railroad Medicare Part B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 44288
Jacksonville, FL 32231-4288

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (FCSO), su contratista administrativo de Medicare
<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)
1-877-847-4992

Correo electrónico:
AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente Beneficiarios

1-800-MEDICARE
Impedimentos auditivos:
1-800-754-7820

Note: las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro de eventos educativos

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

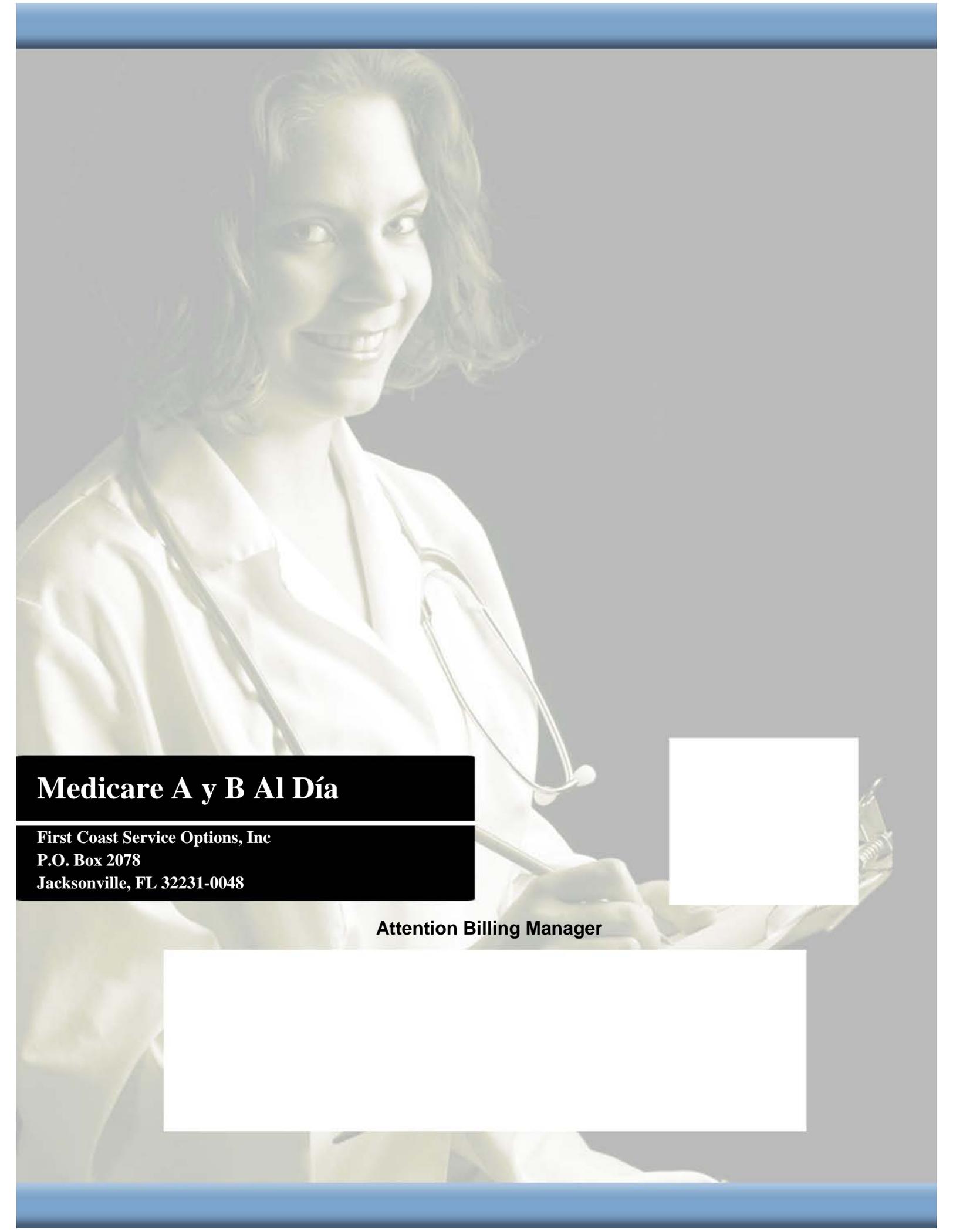
Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager