

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Diciembre 2012



CMS introduce códigos para recolectar información sobre función del paciente durante los planes de tratamiento de terapia

Número de *MLN Matters*: MM8005 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8005
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R162BP y R2622CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

En enero, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) requerirán que los proveedores reporten 42 nuevos códigos G funcionales y siete nuevos modificadores con reclamaciones para servicios de terapia física (PT), terapia ocupacional (OT) y patología del habla (SLP).

Este sistema de reporte y recolección será utilizado para recolectar información sobre el estatus funcional de un beneficiario al comienzo del cuidado, en puntos específicos durante el tratamiento y al momento de alta. Los nuevos conjuntos de códigos y modificadores del paciente medirán su:

- Movilidad
- Capacidad de auto cuidado
- Habilidad para cargar o mover objetos

En esta edición

Programa de licitación de DMEPOS	3
Actualización de deducibles, coaseguro y primas.....	6
Fase 2 del requisito de ordenar y referir.....	11
Valores de límites de terapia para 2013	12
El resumen de Medicare, rediseñado.....	15
Actualización de PPS de salud en el hogar 2013	19
Resultados de la investigación del Modificador 24.....	39
Nuevo código de lugar de servicio para empleo	40

- Habilidad para mantener o controlar la posición del cuerpo
- Deglución y motor del habla
- Compresión de lenguaje y expresión
- Capacidad de atención
- Memoria
- Voz.

La recopilación de datos será efectiva para fechas de servicio comenzando el 1 de enero de 2013. Sin embargo, First Coast Service Options Inc. procesará reclamaciones con o sin códigos G y modificadores durante un periodo de prueba hasta el 30 de junio de 2013. El periodo de prueba les permitirá a los proveedores utilizar la nueva codificación para asegurar que sus sistemas funcionen.

Los nuevos requisitos afectan las reclamaciones para servicios prestados bajo el beneficio de terapia ambulatoria de la Parte B de Medicare y PT, OT, y los servicios de SLP prestados bajo el beneficio del centro de rehabilitación ambulatorio completo (CORF). Ellos también aplican a los servicios de terapia prestados incidente al servicio de un

(Continúa en la página 14)



medicareespanol.fcso.com



Quando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Programa de licitación competitiva DMEPOS Medicare	3
HETS para reemplazar CWF en las consultas de elegibilidad	3
Actualización de servicios de laboratorio y tarifa fija de laboratorio clínico 2013	4
Implementación del segmento PWK (paperwork) para X12N versión 5010	5
Cobertura de Medicare para el uso de TENS para el dolor lumbar crónico.....	5
Actualización a los deducibles, coaseguro y primas de Medicare para 2013	6
Resultados generalizados de la investigación de los servicios de ESRD	7
La importancia de preparar y mantener registros médicos legibles.....	8
Implementación de las provisiones de inscripción de proveedores en CMS-6028-FC	9
Detalles sobre la revalidación de información de inscripción del proveedor.....	10
Recordatorio para aquellos que proveen servicios y artículos ordenados o referidos	11
Fase 2 del requisito de ordenar y referir.....	11
Programa de control de medicamentos con prescripción	12
Valores de los límites de terapia para pacientes ambulatorios para el 2013	12
Revisiones de las limitaciones financieras para los servicios de terapia	13
CMS actualiza la tarifa fija para equipo médico duradero para 2013.....	14
Actualización anual a la lista de código de terapia para 2013	15
El resumen de Medicare, recientemente rediseñado.....	15
CMS añade códigos para la expansión propuesta de servicios de telesalud	16
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	17

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....	18
----------------------------------	----

Parte A

Actualización de enero de 2013 de OPPS	19
Actualización de tasa del PPS de salud en el hogar para 2013.....	19
Aumento de tarifas de pago de clínicas de salud rural y centros de salud calificados	20

Gráficos

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Ordenar materiales de Parte A	33
-------------------------------------	----

Contactos Parte A de Puerto Rico	34
--	----

Información de contacto Florida y USVI	35
--	----

Parte B

Edición de prepago del código de evaluación y manejo 99215	36
--	----

Revisión al Capítulo 15 del Medicare Program Integrity Manual.....	37
--	----

Actualización trimestral de octubre para ediciones de codificación correcta	37
---	----

Actualización trimestral de abril para corregir la edición de iniciativa de codificación	38
--	----

Aplicación de la MPPR en servicios de proyección de imagen.....	38
---	----

Resultados generalizados de la investigación del Modificador 24	39
---	----

Instrucciones de codificación de lugar de servicio revisadas y aclaradas	40
--	----

Nuevo código de lugar de servicio para empleo/sitio de trabajo	40
--	----

Actualización para las instrucciones de procesamiento de reclamaciones.....	41
---	----

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	42
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B	45
--------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B	54
-------------------------------------	----

Contactos Parte B de Puerto Rico	55
--	----

Información de contacto Florida.....	56
--------------------------------------	----

Información de contacto Islas Vírgenes EE.UU.....	57
---	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 12
Diciembre 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.

Facturación

Programa de licitación competitiva DMEPOS Medicare: artículo de referencia rápida

Número de *MLN Matters*: SE1244
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 profesionales del cuidado de la salud y otros agentes que refieren asistiendo a beneficiarios tradicionales de Medicare con equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros tienen recursos de Web para localizar un directorio de suplidores aprobados, encontrar una lista de suministros cubiertos por la nueva licitación de DMEPOS y determinar si el paciente reside en una de las áreas de licitación competitiva afectadas por la segunda ronda de implementación de DMEPOS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1244.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1244

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.

5010

HETS para reemplazar CWF en las consultas de elegibilidad del seguro de salud del beneficiario de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1249
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

En este artículo se describen los cambios que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementarán en los próximos meses para los servicios de consultas de elegibilidad del seguro de salud del beneficiario de Medicare. En abril de 2013, se dará por terminado el acceso a las funciones de consulta de elegibilidad del archivo común de trabajo (CWF). CMS tiene como propósito terminar el acceso a otras consultas de elegibilidad CWF implementadas en el sistema compartido de los intermediarios fiscales (FISS), en el sistema de acceso remoto (DDE) un poco después. Esto no afectará el uso de DDE para presentar reclamaciones o para corregir las reclamaciones y no tendrá impacto en el acceso a la información de elegibilidad de los beneficiarios desde las unidades y/o portales de Internet del sistema de respuesta automática (IVR).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1249.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1249

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.

Laboratorio Clínico

Actualización de servicios de laboratorio y tarifa fija de laboratorio clínico 2013

Número de *MLN Matters*: MM8132 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8132
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2612CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013



Resumen

Cada año, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) añade nuevos códigos de pruebas de laboratorio a la tarifa fija del laboratorio clínico y desarrolla tarifas correspondientes en respuesta al proceso de comentario público.

CMS ha actualizado la tarifa fija del laboratorio clínico 2013, asignando nuevos códigos para pruebas de laboratorio clínico y estableciendo nuevas cantidades de pagos mínimos. Esto incluye actualizaciones para los costos de laboratorio sujeto al pago del precio razonable.

La tarifa fija de laboratorio clínico 2013 actualiza las tarifas de pago para citología cervical o vaginal (Pap smear). También incluye cuotas pagables por separado para ciertos métodos de recogida de muestras (códigos 36415, P9612, y P9615). La actualización incluye códigos que tienen un modificador “QW” para identificar códigos y determinar pago para pruebas realizadas por un laboratorio que solo tiene un certificado de exención bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).

Una lista de los códigos afectados y un enlace para descargar el archivo de data de tarifa fija de laboratorio clínico 2013 puede ser encontrada en el artículo completo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8132.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8132, 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/R2612CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2612, CR 8132

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



Calcule las posibilidades ...

Ya sea que esté estimando la cantidad de un pago de Medicare, la duración del periodo de coordinación de una ESRD, o la fecha límite para enviar una solicitud de apelación o contestar a una petición de desarrollo adicional, pruebe la manera fácil de calcular las posibilidades. Encuentre todo lo que necesita para “hacerlo usted mismo” en nuestro nuevo centro de herramientas, visite <http://medicareespanol.fcso.com/Header/233400.asp>

EDI

Implementación del segmento PWK (paperwork) para X12N versión 5010

Número de *MLN Matters*: MM7041 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7041
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de abril de 2011
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R874OTN
Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

El PWK (paperwork) es un segmento dentro de las transacciones electrónicas institucionales y profesionales 837. El segmento PWK provee el “enlace” entre reclamaciones electrónicas y documentación adicional la cual es necesaria para la adjudicación de reclamaciones. Aunque el segmento PWK permite una presentación electrónica de la documentación adicional, esta implementación adicional sólo permitirá la presentación de documentación adicional a través de correo y fax.

La implementación de un proceso dedicado de PWK (paperwork) le permite a los proveedores continuar utilizando tecnología de intercambio electrónico de datos (EDI) de costo efectivo así como también proporcionar reducción de costos para el programa

de Medicare. Los contratistas de Medicare serán responsables por imágenes, almacenamiento, y recolección de la documentación adicional para sus inspectores de reclamaciones. Teniendo la documentación disponible para los inspectores de reclamaciones elimina la necesidad de desarrollo automático costoso.

Los puntos clave cubiertos en el artículo describe los requisitos específicos para los contratistas y remitentes 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/MM7041.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7041, 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/R874OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 874, CR 7041

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

Cobertura y Reembolso

Cobertura de Medicare para el uso de TENS para el dolor lumbar crónico

Número de *MLN Matters*: MM7836 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7836
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de noviembre de 2012
Fecha de efectividad: 8 de junio de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2605CP y R149NCD
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

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

Por lo tanto, efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 8 de junio 2012, Medicare sólo permitirá la cobertura de TENS para el CLBP cuando el paciente está inscrito en un estudio clínico aprobado bajo cobertura con evidencia de desarrollo (CED). **Nota:** Esta decisión define CLBP como dolor durante tres meses o más que no es una manifestación de una entidad general primaria de una enfermedad claramente definida y reconocible.

Información adicional

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

(Continúa en la página siguiente)

Cobertura... (continuación)

[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7836.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/MM7836.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7836, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2605CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R149NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2605, CR 7836 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 149, CR 7836

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

Actualización a los deducibles, coaseguro y primas de Medicare para 2013

Número de *MLN Matters*: MM8052

Número de petición de cambio relacionado: 8052

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de diciembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R81GI

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) han actualizado los deducibles, coaseguro y primas para los beneficiarios de Medicare para 2013.

La mayoría de los beneficiarios cubiertos por Medicare Parte A reciben cobertura sin una prima. Sin embargo, algunos pacientes quienes tienen estadía de hospital extendida o usan extensivamente otros servicios cubiertos de la Parte A pueden estar sujetos a requisitos de deducibles y coaseguro. También, ciertas personas mayores e incapacitadas quienes se inscriben voluntariamente pueden estar sujetos al pago de una prima mensual.

Bajo la Parte B del programa de seguro médico suplementario (SMI), todos los afiliados están sujetos a una prima mensual. La mayoría de los servicios de SMI están sujetos a un deducible anual y coaseguro establecido por ley.



2013 Parte A - seguro de hospital (HI)

Deducible - \$1,184.00

Coaseguro:

- \$296.00 al día para el día 61-90
- \$592.00 al día para el día 91-150 (días de reserva vitalicia)
- \$148.00 al día para el día 21-100 (coaseguro del centro de enfermería especializada)

Base Premium (BP) - \$441.00 por mes

BP con cargo del 10 por ciento - \$485.10 al mes

BP con reducción de 45 por ciento - \$243.00 al mes (para los que tienen 30-39 trimestres de cobertura)

2013 Parte B - Seguro médico suplementario (SMI)

BP con reducción de 45 por ciento y cargo de 10 por ciento - \$267.30 al mes

Prima estándar - \$104.90 al mes

Deducible - \$147.00 al año

Coaseguro - 20 por ciento.

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8052.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8052, 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/R81Gl.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 81, CR 8052

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

Documentación Médica

Resultados generalizados de la investigación de los servicios de enfermedad renal en estado terminal

First Coast Service Options Inc. (First Coast) llevó a cabo una investigación generalizada (WSP) en respuesta a un patrón de facturación fuera de lo normal identificado para *CPT®90960 (End-stage renal disease (ESRD) related services monthly, for patients 20 years of age and older; with 4 or more face-to-face physician visits per month)* facturado por la especialidad 39-Nefrología y 11-Medicina Interna. Puerto Rico está clasificado número 2 en la nación con una proporción de aseguradora-nación de 2.60. Una muestra de 100 reclamaciones fue solicitada entre los proveedores principales de desempeño en Puerto Rico. Los resultados de la investigación generalizada produjeron una tasa de error de 51.62 por ciento.

Veintiuno de las cien reclamaciones se codificaron bajo porque la documentación no respaldó el nivel de servicio facturado. Cuarenta y cinco reclamaciones fueron denegadas debido a:

- documentación no presentada para respaldar los servicios facturados;
- documentación insuficiente para respaldar el servicio facturado sin incluir evidencia de se hizo una visita cara a cara;
- documentación ilegible;
- notas de progreso no firmadas por el médico o la firma del médico era ilegible; y
- documentación presentada que no coincidía con las fechas de servicio solicitadas.

A continuación hay un resumen breve de los requisitos de Medicare para los servicios de facturación de enfermedad renal en estado terminal.

Los servicios de un médico, proporcionado a los pacientes de diálisis quienes son tratados como pacientes ambulatorios, son divididos en dos categorías principales: cuidado directo del paciente y servicios administrativos. Medicare cubre los servicios médicos prestados a los beneficiarios en diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD).

A. Servicios de cuidado directo del paciente

Estos servicios son parte del tratamiento médico prestado a un paciente individual que:

1. Son provistos personalmente por un médico a un paciente individual;
2. Contribuye directamente al diagnóstico o tratamiento de un paciente individual; y
3. Un médico tiene que ejecutar normalmente.

Estos incluyen:

- Visitas al paciente durante diálisis, en conjunto con revisión de resultados de pruebas de laboratorio, notas de las enfermeras, y cualquier otra documentación médica, como una base para el ajuste del medicamento del paciente o dieta o del procedimiento de diálisis, receta de suministros médicos, y evaluación del estatus psicosocial del paciente y la conveniencia de la modalidad del tratamiento.
- Dirección médica del personal en la prestación de servicios a un paciente durante una sesión de diálisis;
- Evaluaciones pre y post diálisis donde sea médicamente apropiado;

(Continúa en la página siguiente)

Resultados... (continuación)

- Inserciones de un catéter para pacientes en mantenimiento de diálisis peritoneal a quienes no se les proporciona un catéter permanente;
- Servicios los cuales tienen que ser provistos en un momento que no sea durante el procedimiento de diálisis; por ejemplo, evaluaciones mensuales y semestrales para revisar estatus de salud y tratamiento; y
- Otros servicios prestados durante diálisis; por ejemplo, descoagular los fluidos, inserciones de agujas en la fístula, cuidado durante complicaciones inmediatas que representan una amenaza a la vida relacionadas al proceso de diálisis, y cuidado de condiciones no renales.

B. Servicios administrativos

Un componente del costo del centro o cargo por diálisis es para “servicios administrativos” prestados por médicos. Los servicios administrativos son diferenciados de los servicios de un médico al cuidado directo del paciente porque constituyen la supervisión del personal o no están directamente relacionados al cuidado de un paciente individual, pero beneficia a todos los pacientes y al centro en su conjunto. El tipo administrativo de servicios médicos son servicios que respaldan al centro como un todo y tiene beneficios para los pacientes en general. Ejemplos de dichos servicios incluyen participación en el manejo del centro, asesoramiento y adquisición de equipo y suministros de instalaciones, supervisión de personal, adiestramiento de personal, y conferencias de personal. La aseguradora denegará todas reclamaciones por estos servicios con la explicación de que esos servicios son pagados como parte de los servicios de diálisis que están incluidos en el cargo del centro para diálisis.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) requiere que cualquier servicio provisto u ordenado de Medicare tiene que estar autenticado por el autor – el que proporcionó u ordenó ese servicio. La autenticación puede ser llevada a cabo a través de la provisión de una firma escrita a mano o electrónica; no obstante, las firmas estampadas no son aceptables.

En adición, cualquier documentación presentada para fundamentar la necesidad médica por un servicio facturado a Medicare tiene que identificar claramente al paciente, fecha de servicio, y el proveedor del servicio. El propósito del requisito de autenticación (firma) es para asegurar que los servicios prestados han sido documentados, revisados y autenticados con precisión y adecuadamente.

CMS resume los requisitos de firma para documentación médica así como también excepciones a las pautas en el [Medicare Program Integrity Manual, Pub. 100-08, Chapter 3, Section 3.4.1.1](#).

Las visitas relacionadas a ESRD pueden ser prestadas como un servicio de telesalud de Medicare y para la póliza de telesalud general de Medicare vea [Pub. 100-02, Medicare Benefit Policy manual, chapter 15, section 270](#). Para instrucciones de procesamiento de reclamaciones vea [Pub. 100-04, Medicare Claims Processing manual chapter 12, section 190](#).

Se recomienda a los proveedores revisar los requisitos completos para facturación de los servicios de enfermedad renal en estado terminal en los siguientes manuales electrónicos de CMS (IOM):

[Medicare Claims Processing Manual, Chapter 8, Section 140](#)

[Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 11, Section 80.2](#)

La importancia de preparar y mantener registros médicos legibles



Número de *MLN Matters*: SE1237

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 legibilidad de las notas clínicas y otra documentación de respaldo es crítico para evitar denegaciones de pago de reclamaciones.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) le requiere a sus contratistas denegar un artículo o servicio si no es razonable y necesario. Cuando se determina la necesidad médica del artículo o servicio facturado, los contratistas de revisión de
(Continúa en la página siguiente)

La importancia... (continuación)

Medicare deben depender en la documentación médica presentada por el proveedor como respaldo de una reclamación determinada. CMS aplica estrictamente los siguientes requisitos cuando se presentan reclamaciones y documentación de respaldo:

1. Los registros médicos deben estar completos y ser legibles; y deben incluir la identidad legible del proveedor y la fecha de servicio.
2. Los documentos que contienen enmiendas, correcciones o inscripciones tardías deben emplear los siguientes principios de registros ampliamente aceptados:
 - Identificar clara y permanentemente cualquier enmienda, correcciones o adiciones.
 - Indicar claramente la fecha y el autor de cualquier enmienda, correcciones o adiciones.
 - Identificar claramente todo el contenido original (no lo elimine).
3. Para propósitos de revisión médica, Medicare requiere que los servicios provistos u ordenados sean autenticados por el autor. El método utilizado deberá ser una firma manuscrita o electrónica.
 - Si la firma es ilegible o ausente de la documentación médica (diferente a una orden), el contratista de revisión deberá considerar la evidencia en un registro de firmas o certificación de declaración para determinar la identidad del autor de una entrada de registro médico.
 - Si falta la firma de una orden, el contratista de revisión deberá descartar la orden durante la revisión de la reclamación (por ejemplo, el que está revisando procederá como si la orden no hubiera sido recibida). Certificaciones de firma no son aceptables para las órdenes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1237.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1237

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

Inscripción del Proveedor**Implementación de las provisiones de inscripción de proveedores en CMS-6028-FC**

Número de *MLN Matters*: MM7350 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7350
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2011
Fecha de efectividad: 25 de marzo de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R371PI
Fecha de implementación: 25 de marzo de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron una norma final con período de comentario, titulado "Medicare, Medicaid, and Children's Health Insurance Programs; Additional Screening Requirements, Application Fees, Temporary Enrollment Moratoria, Payment Suspensions and Compliance Plans for Providers and Suppliers" (CMS-6028-FC). "(Medicare, Medicaid y el programa de seguro médico infantil, los requisitos adicionales de revisión, las tasas de inscripción, inscripciones moratorias temporales, suspensiones de pago y planes de cumplimiento para los proveedores y abastecedores (CMS-6028-FC)". Esta norma se publicó el 2 de febrero de 2011, edición del *Registro Federal*.

La norma finaliza las provisiones relacionadas con lo siguiente:

- Establecimiento de categorías de revisión en la inscripción de proveedores
- Presentación de las tarifas de aplicación como parte del proceso de inscripción de proveedores
- Suspensiones de pagos basado en las denuncias creíbles de fraude, y
- La autoridad para imponer una moratoria temporal de la inscripción de nuevos proveedores de Medicare y los abastecedores de un determinado tipo (o la creación de nuevos lugares de práctica de un tipo particular) en un área geográfica.

(Continúa en la página siguiente)

Implementación... (continuación)

El artículo de *MLN Matters* MM7350, el cual está basado en la petición de cambio 7350, describe cómo los contratistas de Medicare implementarán los cambios relacionados con la revisión de la inscripción del proveedor, tarifas de inscripción y moratorias temporales. (Las suspensiones de pago se abordarán a través de una guía separada del CMS).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7350, 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/R371PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 371, CR 7350

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.

Detalles sobre la revalidación de información de inscripción del proveedor

Número de *MLN Matters*: SE1126

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

Todos los proveedores y abastecedores que se encuentran inscritos en el programa de Medicare antes del 25 de marzo de 2011, deben revalidar su información de inscripción. Sin embargo, los proveedores afectados deben esperar a presentar la información de revalidación hasta que sean notificados por su contratista administrativo de Medicare (MAC).

Los proveedores y los abastecedores recién inscritos que presentaron sus solicitudes de inscripción a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en o después del 25 de marzo de 2011, no están afectados. Entre ahora y el 2015, se enviarán avisos de revalidación de forma intermitente, pero de manera frecuente para comenzar el proceso de revalidación para cada proveedor y abastecedor. Los proveedores y los abastecedores deberán presentar la solicitud de revalidación sólo hasta que su MAC lo haya solicitado.

Cuando usted recibe una notificación de su MAC para revalidar:

- Actualice su inscripción a través del sistema de inscripción basado en Internet Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS), o complete la forma apropiada CMS-855
- Firme la declaración de certificación de la aplicación
- Si aplica, pague su tarifa dirigiéndose a <https://pecos.cms.hhs.gov/pecos/feePaymentWelcome.do>
- Envíe sus documentos de soporte y la declaración de certificación a su Mac

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1126.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1126

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.

Recordatorio para aquellos que proveen servicios y artículos ordenados o referidos por otros proveedores

Número de *MLN Matters*: SE1201
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Medicare sólo pagará por artículos o servicios que han sido facturados con el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico o profesional elegible que se haya inscrito en Medicare y haya ordenado los artículos o servicios provistos.

Los proveedores deben asegurar que cualquier artículo o servicio presentado en las reclamaciones de Medicare sean referidos u ordenados por los proveedores inscritos en Medicare de un tipo de especialidad autorizada a ordenar o referir servicios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1201.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1201

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.

Fase 2 del requisito de ordenar y referir

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

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) pronto comenzarán a denegar reclamaciones de equipo médico duradero (DME) de la Parte B, y de la agencia de salud en el hogar (HHA) de la Parte A que fallen las ediciones del proveedor que ordena/refiere, según descrito en la regla final CMS-6010-F, la cual CMS publicó el 24 de abril de 2012. Estas ediciones aseguran que los médicos y otros que son elegibles para ordenar y referir artículos o servicios hayan 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 sobre las fases 1 y 2 del requisito y cuales tipos de proveedores son elegibles para ordenar o referir artículos y servicios a los beneficiarios de Medicare.

CMS autorizará a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B y los MAC de DME para

comenzar a modificar reclamaciones de Medicare con ediciones de ordenar/referir de la fase 2. Esto significa que el proveedor de facturación no será pagado por los artículos o servicios que fueron prestados basado en la orden o referido de un proveedor que no tiene un registro de inscripción de Medicare.

Nota: CMS no ha anunciado una fecha para cuando la factura de la fase 2 será activada. CMS proveerá un aviso por adelantado de 60 días antes de activar las ediciones de ordenar/referir.

CMS no ha anunciado la fecha para cuando la factura de la fase 2 será activada.

Si usted ordena o refiere artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare y no tiene un registro de inscripción de Medicare, usted tiene que presentar una solicitud de inscripción a Medicare. Usted puede hacer esto utilizando el sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS) basado en la Internet external.gif o completando la solicitud de inscripción impresa (*CMS-855O*).

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1221

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.

Programas de control de medicamentos con prescripción: un recurso para ayudar al tratamiento del abuso y desviación de medicamentos con prescripción

Número de *MLN Matters*: SE1250
 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

Debido a los efectos adversos del uso indebido de analgésicos opioides, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requerirán que los planes de la Parte D de Medicare se pongan en contacto con quienes realizan la prescripción para determinar la necesidad médica de altas dosis de opiáceos potencialmente peligrosos, utilizados para el dolor crónico, no cancerígeno, a partir del 2013.

Como un paso adicional para reducir estos riesgos, CMS alienta a todos los proveedores a participar activamente en los programas estatales de vigilancia de los medicamentos recetados (PDMP). Estas son las bases de datos electrónicas a nivel estatal que recogen datos de dispensación de las sustancias controladas. La legislación que autoriza la recolección de datos está actualmente en vigor en 49 estados con 41 estados que tienen un PDMP funcional. Estas

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.

bases de datos se implementaron originalmente como un esfuerzo para tratar el abuso y reducir la desviación de sustancias controladas. El PDMP de Florida se puede encontrar en la Web en <http://www.doh.state.fl.us/mqa/pdmp/home.html>.

Muchos PDMP ofrecen acceso seguro en línea a los usuarios autorizados, incluyendo médicos y farmacéuticos. Estos programas de vigilancia pueden reportar las fechas de dispensación, prescriptores, farmacias, nombre del medicamento, la cantidad y la potencia de las prescripciones de las sustancias controladas, incluyendo los opiáceos.

Los registros de PDMP pueden ayudar a determinar si un paciente está obteniendo las prescripciones de otros médicos o de múltiples farmacias.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1250.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1250

Servicios de Rehabilitación

Valores de los límites de terapia para pacientes ambulatorios para el 2013 fijados en \$1,900.

Número de *MLN Matters*: MM8129
 Número de petición de cambio relacionado: 8129
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de noviembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2600CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los límites de terapia para pacientes ambulatorios para el 2013 serán de \$1,900 para terapia física y la terapia de patología del habla y lenguaje combinados, y de \$1,900 para terapia ocupacional.

Por favor, asegúrese de que su personal de facturación tenga conocimiento de esta actualización.

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 adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8129.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8129, 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/Transmittals/Downloads/R2600CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2600, CR 8129

Revisiones de las limitaciones financieras para los servicios de terapia para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM7785 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7785
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2615CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7785 extiende el proceso de excepciones del límite de terapia al 31 de diciembre de 2012; agrega servicios de terapia proporcionados en el ambiente de hospitales para pacientes ambulatorios que no sean hospitales de cuidado crítico (CAH) al límite de terapia, efectivo el 1 de octubre de 2012, requiere el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico que certifica el plan de atención de la terapia en la reclamación, y aborda nuevos umbrales para la revisión médica obligatoria.

Límites de terapia y umbrales

Las sumas de los límites de terapia para el año 2012 son de \$1880 para los servicios de terapia ocupacional y de \$1880 para los servicios combinados de terapia física y la patología del habla y del lenguaje. Los proveedores continuarán utilizando el modificador KX para solicitar una excepción a los límites de terapia en las reclamaciones que son mayores de estas cantidades. Para los servicios prestados en o después del 1 de octubre de 2012, y antes del 1 de enero 2013, habrá dos nuevos límites de servicios de terapia de \$3700 por año:

1. Uno para servicios de terapia ocupacional (OT), y
2. Uno para servicios combinados de terapia física (PT) y la patología del habla y el lenguaje (SLP).

Reportando el NPI

Para fechas de servicio en o después del 1 de octubre de 2012, los siguientes requerimientos aplican para reportar el NPI:

- Los proveedores deberán reportar el NPI del médico/profesional de la salud (NPP) certificando el plan de atención de la terapia en el campo "Attending Physician" en las reclamaciones institucionales para los servicios de terapia de pacientes ambulatorios.
- En los casos en que diferentes médicos/ NPP certifican plan de atención de la terapia ocupacional (OT), la terapia física (PT), o la patología del habla y el lenguaje (SLP), se debe reportar el NPI adicional en el campo "Referring

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.



Physician" (loop 2310F) en las reclamaciones institucionales para los servicios de terapia de pacientes ambulatorios.

- En las reclamaciones profesionales, los proveedores deberán informar inmediatamente al médico/NPP la certificación de la terapia plan de atención, incluyendo su NPI, para servicios de terapia ambulatoria.
- Para los propósitos de procesamiento de reclamaciones, el médico/NPP que certifica se considera un proveedor que refiere y dichos proveedores deben seguir las instrucciones en el capítulo 15, sección 220.1.1 del *Medicare Benefit Policy Manual* (<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c15.pdf>) para reportar el proveedor que refiere en una reclamación.
- En las reclamaciones profesionales electrónicas reporte el proveedor que refiere, incluyendo el NPI, según las instrucciones en el apropiado ASC X12 837 reporte técnico 3 (TR3).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7785.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7785, 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/R2615CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2615, CR 7785

CMS introduce... (continuación)

médico y ciertos profesionales de la salud (NPP).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8005.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8005, 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/R165BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2622CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 165, CR 8005 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2622, CR 8005

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

Tarifa Fija

CMS actualiza la tarifa fija para equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros para 2013

Número de *MLN Matters*: MM8133

Número de petición de cambio relacionado: 8133

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de diciembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2608CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) ha publicado la actualización de 2013 para la tarifa fija del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros de Medicare (DMEPOS), la cual establece un aumento de factor de actualización neta de 0.8 por ciento.

En adición a la actualización de tarifa fija, CMS también introdujo nuevos códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) efectivo para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2013. Nuevos códigos incluyen:

- A4435 en la categoría de pago de ostomía, traqueotomía, y suministros urológicos (OS);
- E0670 y E2378 en la categoría de pago comprada rutinariamente/económico (IN);
- L5859, L7902, y L8605 en la categoría de pago de aparatos ortopédicos y prótesis (PO); y
- V5281 – V5290 (67).

Las cantidades de pago mensual nacional de 2013 para equipo de oxígeno estacionario también han sido actualizadas para códigos HCPCS E0424, E0439, E1390, y E1391 para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2013. La cantidad de pago mensual de \$177.36 incluye el factor de actualización de 0.8 por ciento para la tarifa fija de DMEPOS de 2013. También, la cantidad de pago para mantenimiento y servicio para cierto equipo de oxígeno ha sido actualizada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8133.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8133, 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/R2608CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2608, CR 8133

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

Información General

Actualización anual a la lista de código de terapia para 2013

Número de *MLN Matters*: MM8126
Número de petición de cambio relacionado: 8126
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2596CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

El 2013 Healthcare Common Procedure Coding System and *Current Procedural Terminology*, Fourth Edition (HCPCS/CPT-4) incluye actualizaciones a la lista de códigos de terapia de “always” y “sometimes”.

Cuarenta y dos nuevos códigos “always therapy” y dos nuevos códigos de terapia “sometimes” han sido añadidos a la lista de terapia. Estos códigos son no pagables y son utilizados sólo en reporte

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.

funcional. Por favor asegúrese de que su personal de facturación y codificación estén conscientes de estos cambios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8126.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8126, 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/R2596CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2596, CR 8126

El resumen de Medicare, recientemente rediseñado, será implementado gradualmente en el inicio de enero

Número de *MLN Matters*: MM7676
Número de petición de cambio relacionado: 7676
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2012
Fecha de efectividad: 3 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2522CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2013

Resumen

Los pacientes inscritos en el tradicional Medicare se darán cuenta de la nueva imagen del resumen de Medicare ((MSN) Medicare Summary Notices) comenzando desde enero.

Con fecha efectiva del 3 de enero de 2013, Medicare comenzará a utilizar un nuevo diseño de MSN que cuenta con un tamaño de texto más grande, y un espacio más amplio entre el texto para que de esta manera los beneficiarios puedan leer más fácilmente. Aquí hay un enlace a una muestra del resumen: http://www.cms.gov/apps/files/msn_changes.pdf.

First Coast Service Options Inc. comenzará la implementación gradual del nuevo MSN el 3 de enero de 2013. El personal de facturación deseará familiarizarse con estos cambios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7676.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7676, 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/R2522CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2522, CR 7676

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 añade códigos para la expansión propuesta de servicios de telesalud de Medicare para el 2013

Número de *MLN Matters*: MM7900

Número de petición de cambio relacionado: 7900

Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de noviembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R164BP y R2606CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013



Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) ha propuesto cobertura para ocho nuevos servicios de telesalud para 2013. Los nuevos servicios incluyen servicios de orientación conductual para enfermedad cardiovascular, alcohol o abuso de sustancia, y evaluación de depresión para los beneficiarios. Con la propuesta, CMS está añadiendo los ocho códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) a la lista de servicios de telesalud de Medicare para reflejar estos cambios de código y reemplazar varios códigos *Current Procedural Terminology CPT*[®] relacionado a los servicios de psicoterapia. Los códigos afectados incluyen:

- G0396: Alcohol y/o evaluación estructurada de abuso de sustancia (además del tabaco) e intervención breve, 15 a 30 minutos
- G0397: Alcohol y/o evaluación estructurada de abuso de sustancia (además del tabaco) e intervención mayor de 30 minutos
- G0442: Evaluación anual del uso indebido de alcohol, 15 minutos
- G0443: Breve consejería conductual cara a cara para el uso indebido del alcohol, 15 minutos.
- G0444: Evaluación anual de depresión, 15 minutos.
- G0445: Consejería conductual de alta intensidad para prevenir infecciones de transmisión sexual, cara a cara, individual, incluye: educación, entrenamiento profesional, y guía sobre como cambiar el comportamiento sexual, realizado semi-anual, 30 minutos.
- G0446: Terapia conductual intensiva anual, cara a cara, para enfermedad cardiovascular, individual, 15 minutos.
- G0447: Consejería conductual cara a cara para obesidad, 15 minutos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7900.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7900, 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/R164BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2606CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 164, CR 7900 y CMS Pub. 100-02, Transmittal 164, CR 7900

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

CMS e-News del proveedor de Medicare

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

CMS e-News para el jueves, 29 de noviembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-11-29-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 6 de diciembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2012-12-06-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 13 de diciembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/eNews121312.pdf>

CMS e-News para el jueves, 20 de diciembre de 2012 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/eNews-12202012.pdf>

Fuente: CMS PERL 201211-07, 201211-08, 201212-01, 201212-04

Nunca se pierda una fecha límite de apelaciones nuevamente

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



Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Enero de 2013

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 16 de enero de 2013
 Hora: 10:00-11:30 a.m. ET
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B

Cuando: 16 de enero de 2013
 Hora: 2:00-3:30 p.m. ET
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

Implementación del requerimiento de la recolección de datos basado en las reclamaciones de servicios de terapia para pacientes ambulatorios (A/B)

Cuando: 17 de enero de 2013
 Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____
 Título del registrante: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono: _____
 Dirección de email: _____
 Dirección del proveedor: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.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 First Coast 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.

Pagos Prospectivos

Actualización de enero de 2013 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios para hospital

Número de *MLN Matters*: MM8141

Número de petición de cambio relacionado: 8141

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2611CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron una actualización del 2013 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios para hospital (OPPS) creando varios códigos nuevos en el *Current Procedural Terminology*® (*CPT*) y códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para servicios relacionados con cateterismo cardíaco, así como los códigos revisados para los medicamentos cubiertos, radiofármacos y productos biológicos.

El artículo incluye una lista de nuevos códigos HCPCS y *CPT* así como los códigos que han sido sometidos a cambios para el 2013. CMS está sustituyendo ciertos códigos HCPCS paralelamente a los nuevos códigos *CPT* creados por la American Medical Association (AMA).

CMS aconseja a los proveedores que presten mucha atención a los códigos revisados relacionados con los medicamentos, radiológicos y biológicos para garantizar la facturación exacta de las unidades de servicio consistentes con las dosis contenidas en los descriptores largos de los códigos activos HCPCS y *CPT* del 2013.

MM8141 también incluye cambios fundamentales e instrucciones de facturación para las diferentes políticas de pago implementadas en la actualización de OPPS de enero 2013 e información acerca de las actualizaciones de la relación del pago y el costo (PCR) para hospitales de cáncer para el 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8141.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8141, 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/R2611CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2611, CR 8141

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

Actualización de tasa del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar para el año calendario 2013

Número de *MLN Matters*: MM8122

Número de petición de cambio relacionado: 8122

Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de noviembre de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2592CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8122 informa a los contratistas de Medicare sobre los siguientes cambios y actualizaciones a HH PPS para el año calendario (CY) 2013:

- Tarifas de episodio nacionales de 60 días
- Cantidad nacional por visita
- Cantidad aditamento de ajuste de pago por poca utilización (LUPA)

(Continúa en la página siguiente)

Actualización...(Continuación)

- Cantidades de suministros médicos no rutinarios (NRS)
- La proporción de pérdida de dólar fijo
- Los porcentajes laborables y no laborables

La información aplica al Capítulo 10, Sección 10.1.6 del *Medicare Claims Processing Manual*. Actualizaciones de la póliza incluyen lo siguiente:

- Canasta de mercado
- Pago extraordinario
- Rural add-on
- Cálculos de pago y tabla de tarifas

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8122.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8122, 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/R2592CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2592, CR 8122

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

Aumento de tarifas de pago de clínicas de salud rural y centros de salud calificados de Medicare



Número de *MLN Matters*: MM8119
 Número de petición de cambio relacionado: 8119
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2595CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los aumentos de tarifa de pago del año calendario (CY) 2013 para los servicios de los centros de salud rural (RHC) y centro de salud calificado por

el gobierno federal (FQHC) han sido publicados. Asegúrese de que su personal de facturación esté consciente de estos cambios los cuales que entrarán en vigor en enero.

El límite de pago superior de RHC por visita ha sido aumentado de \$78.54 a \$79.17 efectivo el 1 de enero de 2013, hasta el 31 de diciembre de 2013. La tarifa de 2013 refleja un aumento de 0.8 por ciento sobre el límite de pago 2012 de acuerdo con la tasa de aumento en el Medicare Economic Index (MEI) según autorizado por §1833(f) del Social Security Act.

(Continúa en la página siguiente)

Aumento...(Continuación)

El límite de pago superior de FQHC por visita para los FQHC urbanos ha sido aumentado de \$126.98 a \$128.00 efectivo el 1 de enero de 2013, hasta el 31 de diciembre de 2013. El límite máximo de pago de Medicare por visita para los FQHC rurales ha sido aumentado de \$109.90 a \$110.78 efectivo el 1 de enero de 2013, hasta el 31 de diciembre de 2013. Las tarifas de FQHC de 2013 reflejan un aumento de 0.8 por ciento sobre las tarifas 2012 de acuerdo con la tasa de aumento en el MEI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es [http://www.](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8119.pdf)

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

[cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8119.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8119.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8119, 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/R2595CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2595, CR 8119

Entérese primero: Suscríbase a eNews de First Coast

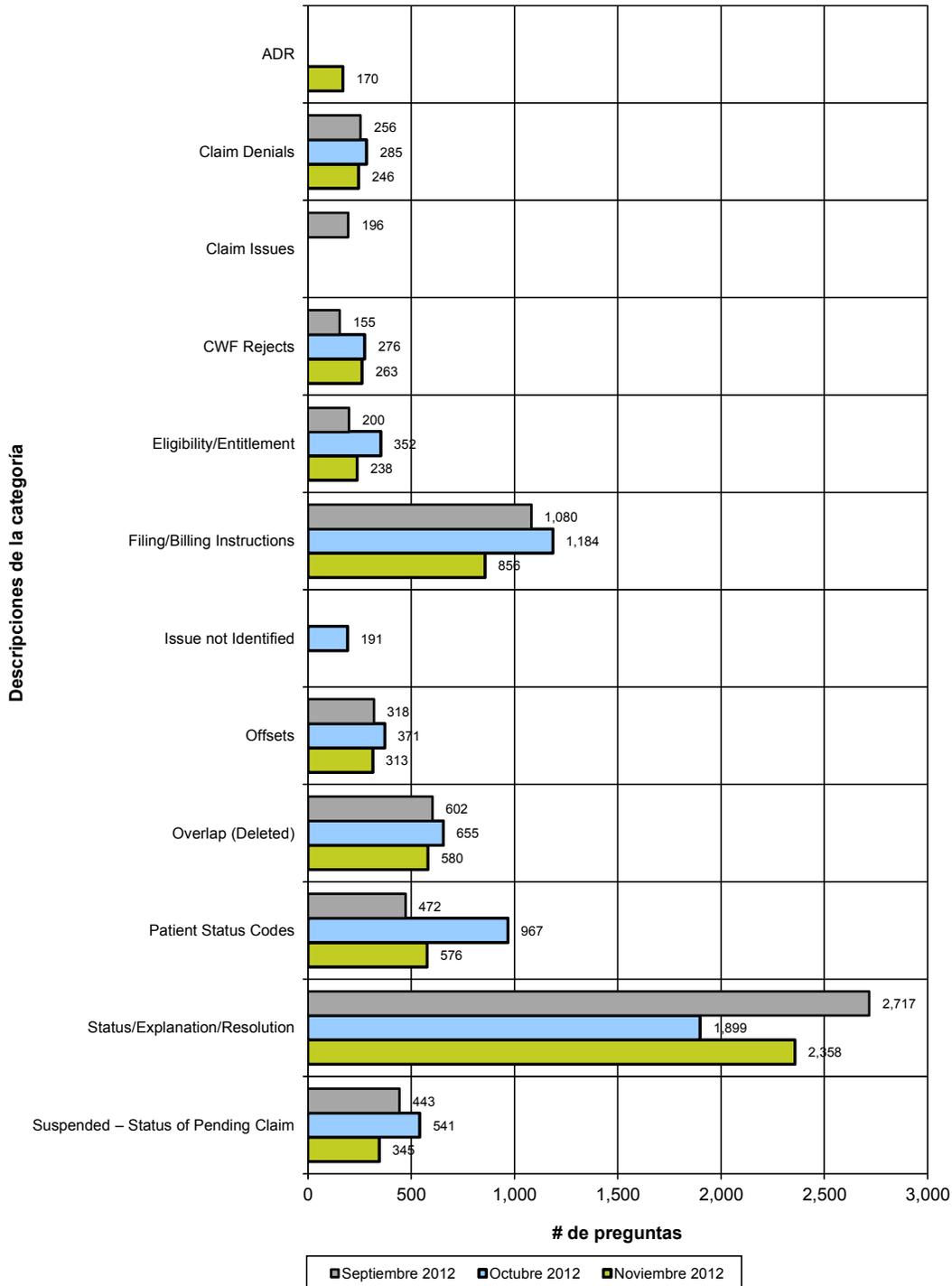
Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbase a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en septiembre-noviembre de 2012

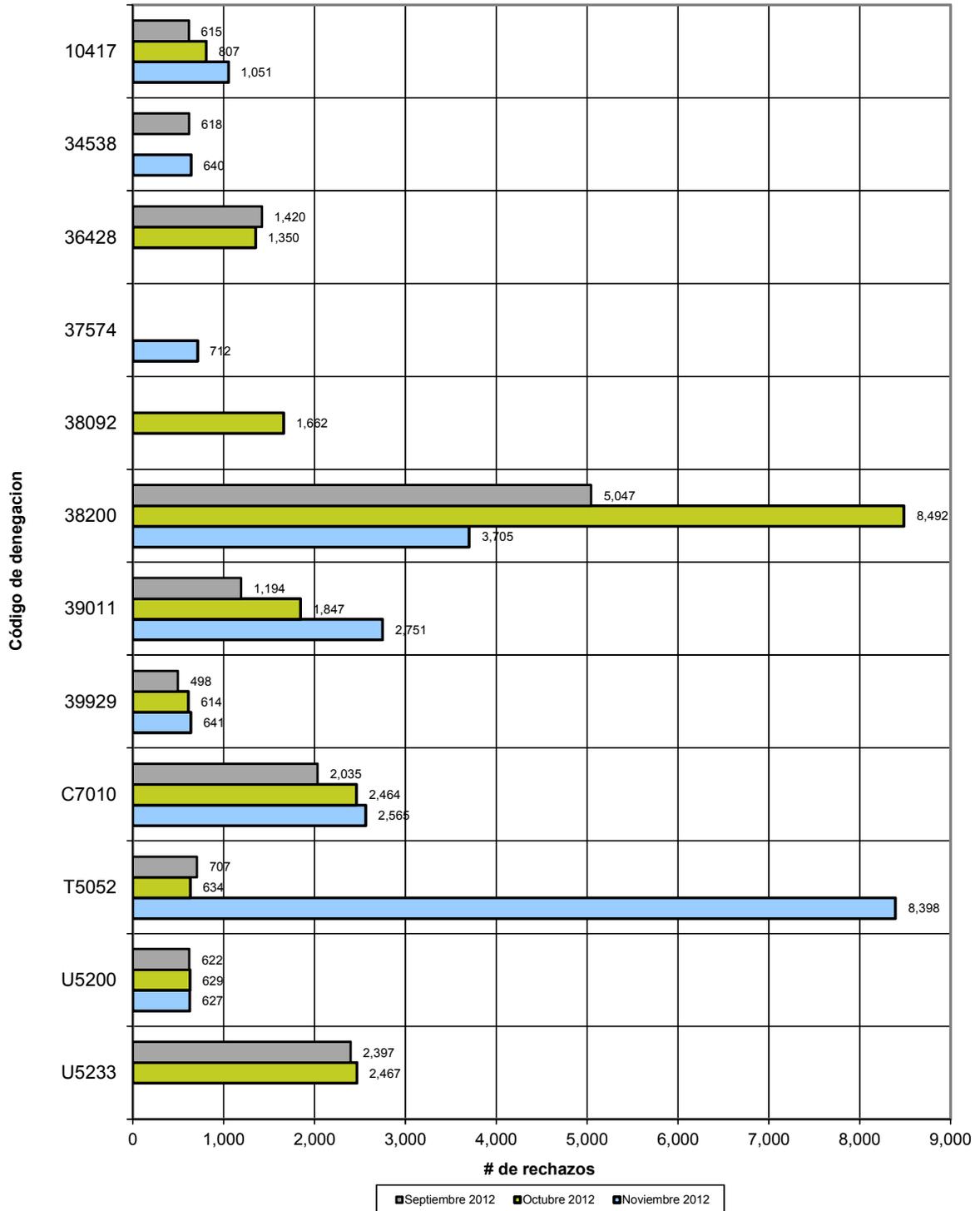
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de septiembre a noviembre 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/

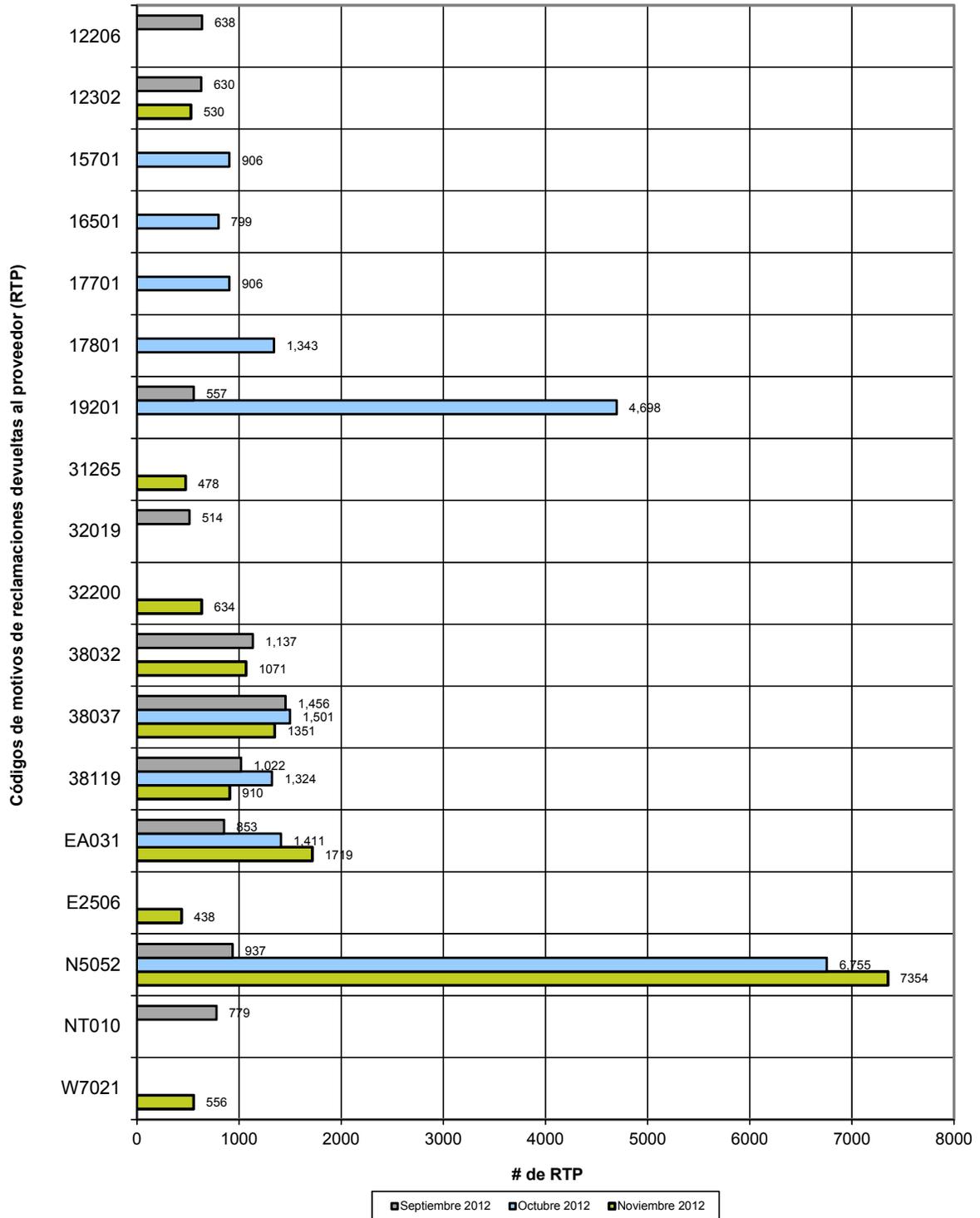
Preguntas de Parte A más frecuentes en septiembre-noviembre de 2012



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



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



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

LCD nuevas

A86352: Transplantation immune cell function assay (ImmuKnow®)	26
A36516: Low density lipoprotein (LDL) apheresis	26
ATESTOPEL: Testosterone pellets (Testope!®)	27
A43644: Surgical management of morbid obesity.....	27

Revisiones a las LCD existentes

ANCSVCS: Noncovered services	28
ANCSVCS: Noncovered services (0101T)	29
AJ9263: Oxaliplatin (Eloxatin®)	29

LCD retiradas

A90862L Pharmacologic medication management for psychiatry services	30
---	----

Información Médica Adicional

Cambios de las determinaciones de cobertura local del HCPCS para el 2013	30
--	----

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD Nuevas**A86352: Transplantation immune cell function assay (ImmuKnow®) – nueva LCD****Identificador de LCD: L33017 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada como una LCD no cubierta basada en la revisión de la literatura disponible actual publicada para el ensayo de trasplante de función celular inmune (ImmuKnow®) (código CPT® 86352). Este ensayo trata sobre los destinatarios de la inmunidad celular en el curso de la evaluación de un posible rechazo en el sistema inmunológico. Se determinó que este servicio no cumple con los criterios razonables y necesarios según se define en la Sección 1862 (a)(1)(A) del Social Security Act y por lo tanto no es un servicio cubierto.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 29 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

A36516: Low density lipoprotein (LDL) apheresis – nueva LCD**Identificador de LCD: L33000 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) se describe en el proceso de la eliminación de forma aguda de LDL-colesterol (LDL-C) del plasma del paciente en poblaciones de alto riesgo. LDL-aféresis (LDL-A) no se utiliza rutinariamente para el tratamiento de la hipercolesterolemia, ya que la hipercolesterolemia generalmente responde al tratamiento médico. LDL-A está indicado para el tratamiento de la hipercolesterolemia para pacientes con determinadas condiciones hereditarias que no han respondido al máximo del manejo del tratamiento médico y la terapia de dieta.

En la actualidad, existe una determinación de cobertura nacional (NCD) de Medicare para aféresis (Therapeutic Pheresis)-NCD 110.14. Sin embargo, no se trata específicamente los requerimientos de cobertura para aféresis LDL.

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos de tipo de factura, código(s) de ingreso, código CPT® 36516, ICD-9-CM código de diagnóstico 272.0, pautas de documentación, y pautas de utilización de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) aféresis.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 4 de febrero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. 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 en la página de las LCD.

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

ATESTOPEL: Testosterone pellets (Testopel®) – nueva LCD

Identificador de LCD: L33004 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Testosterone pellets (Testopel®) han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de primary hypogonadism (congénita o adquirida) y hypogonadotropic hypogonadism (congénita o adquirida). Primary hypogonadism incluye tales condiciones como insuficiencia testicular debido a criptorquidia, torsión bilateral, orquitis, síndrome de testículos desapareciendo, o orquidectomía. Hypogonadotropic hypogonadism (secondary hypogonadism) incluye condiciones tales como deficiencia o lesión pituitario-hipotalámico de hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) idiopática o gonadotrópica de tumores.

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos ICD-9-CM que respaldan la necesidad médica, requisitos de documentación y pautas de utilización para testosterone pellets (Testopel®). Un archivo adjunto de “pautas de codificación” de LCD también fue desarrollado lo cual provee instrucciones para facturar Testopel® al código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) J3490 (Medicamentos no clasificados) y al código Current Procedural Terminology (CPT®) 11980 (*Subcutaneous hormone pellet implantation [implantation of estradiol and/or testosterone pellets beneath the skin]*) de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en la misma reclamación. Si el código HCPCS J3490 y el código CPT® 11980 no son facturados en la misma reclamación, la reclamación estará sujeta a revisión de prepago.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 29 de enero de 2013. Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presente) 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 efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de las LCD.

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

A43644: Surgical management of morbid obesity – nueva LCD

Identificador de LCD: L33019 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD), para el manejo quirúrgico de obesidad mórbida, fue desarrollada basada en la LCD revisada de la Parte B y en la petición de cambio (CR) 8028 de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid efectivo para reclamaciones procesadas en o después del 10 de diciembre de 2012, para fechas de servicio en o después del 27 de junio de 2012. De acuerdo con la CR 8028 los contratistas administrativos de Medicare que actúan dentro de sus respectivas jurisdicciones pueden determinar la cobertura independiente de la gastrectomía laparoscópica en manga (LSG), código CPT® 43775, para el tratamiento de condiciones de comorbilidad relacionadas con la obesidad.

Esta LCD fue desarrollada para clarificar cuáles son los procedimientos bariátricos que están actualmente cubiertos y no están cubiertos según la determinación de cobertura nacional (NCD) 100.1, así como el nivel local para LSG. Los criterios están clarificados por los procedimientos bariátricos cubiertos en la sección titulada “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”. En la sección de la LCD “Documentation Requirements” se aplica a todas las indicaciones de cobertura y aclara lo que debe ser incluido en la historia clínica como soporte de los procedimientos admitidos.

Los criterios que se deben cumplir para satisfacer las indicaciones de cobertura incluyen:

- El paciente tiene un BMI ≥ 35 (índice de masa corporal) y una condición comórbida existente (por ejemplo, enfermedad hipertensiva cardiovascular, enfermedad pulmonar/respiratoria, diabetes, apnea del sueño o artritis degenerativa de las articulaciones que soportan el peso) relacionadas con la obesidad. La documentación del nivel de severidad de la condición comórbida existente debe ser incluida en la historia médica del paciente; **Y**
- El paciente anteriormente no ha tenido éxito con el tratamiento médico para la obesidad; **Y**
- Las causas metabólicas tratables de la obesidad (por ejemplo, trastornos suprarrenales o de la tiroides) se han descartado o han sido tratados clínicamente si están presentes; **Y**
- Cuando se realiza en las instalaciones que (1) están certificadas por el American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos) como Nivel I Bariatric Surgery Center (Centro de Cirugía Bariátrica) (normas y requisitos del programa efectivo el 15 de febrero de 2006), o (2) certificado por la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (American Society for Bariatric Surgery) como un Centro de Excelencia en

(Continúa en la página siguiente)

A43644... (continuación)

Cirugía Bariátrica (Bariatric Surgery Center of Excellence)(normas y requisitos del programa efectivo el 15 de febrero de 2006). Una lista de las instalaciones autorizadas y sus fechas de aprobación aparecen y se mantienen en el sitio Web de cobertura de CMS <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> y serán publicados en el *registro federal*.

Una combinación de diagnóstico triple deberá ser presentada en las reclamaciones de los procedimientos bariátricos. El diagnóstico primario (ICD-9-CM código 278.01) y luego tendrán que ser sometidos un diagnóstico secundario adicional para el índice de masa corporal (BMI), seguido por el diagnóstico de comorbilidad.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 29 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Revisiones a las LCD existentes

ANCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, fue realizada una revisión a la LCD. Los siguientes códigos fueron evaluados y en esta ocasión se determinó que no son medicamente razonables ni necesarios sobre la base de la evidencia actual publicada (por ejemplo, revisión por expertos en literatura médica, estudios publicados): el código *CPT*® 84999 (CancerType ID) fue agregado a la sección de la LCD “*CPT*/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Laboratory Procedures”. Los códigos *CPT*® 78999 (Intraoperative nuclear mapping during parathyroidectomy [Gamma probe]), 92700 (Vestibular evoked myogenic potentials [VEMP]), 97039 (Cold laser therapy [low level laser therapy]) y los códigos Category III *CPT*® 0302T, 0303T, 0304T, 0305T, 0306T, y 0307T fueron agregados a la sección de la LCD “*CPT*/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions “Procedures”. Además, bajo la sección de la LCD “Related Documents” fue incluida una página de referencia.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 29 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

ANCSVCS: Noncovered services (0101T) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 9 de octubre de 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada para remover Category III CPT® código 0191T de la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures” de la LCD. Cuando un servicio o procedimiento es removido de los servicios no cubiertos de la LCD, esto no implica un estado de cobertura positivo, ya que no hay estado de cobertura en ninguna LCD. Por lo tanto, las reclamaciones facturadas para Category III CPT® código 0191T (suponiendo que se cumplen los demás requisitos del programa) siempre tendría que cumplir el límite médico razonable y necesario para cobertura en una auditoría de prepago o post pago del registro médico oficial. Por lo tanto, en este momento CPT® código 0191T será médicamente revisado de manera de consideración individual.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 19 de diciembre 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 “Jump to Section...” 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](#).

AJ9263: Oxaliplatin (Eloxatin®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28942 (Florida)

Identificador de LCD: L28963 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para oxaliplatin (Eloxatin®) fue recientemente revisado el 25 de enero de 2012. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para incluir las indicaciones fuera de la etiqueta para cánceres hepatobiliares y múltiples non-Hodgkin Lymphomas específicos basado en los compendios aprobados de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los códigos de diagnóstico 155.1, 156.0, 156.1, 156.2, 156.8, 156.9, 200.30-200.38, 200.40-200.48, 200.60-200.68, 200.70-200.78, 202.00-202.08, y 202.10-202.18 fueron añadidos. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 19 de diciembre de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc LCDs 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 futura efectiva, 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](#).

LCD Retiradas

A90862: Pharmacologic medication management for psychiatry services – LCD retirada

Identificador de LCD: 30345 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para para la administración de medicamentos farmacológicos para los servicios de psiquiatría tuvo su más reciente revisión el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, se tomó la decisión de retirar la LCD basada la actualización anual 2013 HCPCS y el análisis de datos.

Fecha efectiva

Esta LCD retirada es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información Médica Adicional

Cambios de las determinaciones de cobertura local del HCPCS para el 2013

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del 2013 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). En consecuencia los códigos de procedimientos han sido agregados, revisados, reemplazados y eliminados:

Título de LCD	Cambios
ABOTULINUM TOXINS Botulinum Toxins (únicamente pautas de codificación)	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 64612 y 64614 Agregado el código CPT® 64615
AC1300 Hyperbaric Oxygen Therapy (HBO Therapy)	Descriptor de cambio para el código CPT® 99183
AJ0881 Erythropoiesis Stimulating Agents	Eliminado el código HCPCS Q2047 Agregado el código HCPCS J0890
AJ1459 Intravenous Immune Globulin	Descriptor de cambio para los códigos HCPCS J1561 y J1569
AJ9280 Mitomycin (Mutamycin®, Mitomycin-C)	Descriptor de cambio para el código HCPCS J9280
ANCSVCS Noncovered Services	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 0195T, 0196T, y 0206T Eliminados los códigos CPT® 0242T (reemplazado con el código CPT® 91112), 0276T (reemplazado con el código CPT® 31660), 0277T (reemplazado con el código CPT® 31661), y 90664 Removido el código CPT® 99199 (Snap wound care system) y reemplazado con los códigos HCPCS G0456 y G0457 Agregados los códigos CPT® 0309T, 22586, 90653, 90685, 90686, 90687, 90688, y 90739
APHPROG Psychiatric Partial Hospitalization Program	Agregados los códigos CPT® 90875, 90876, 97532, y 97533 Eliminados los códigos CPT® 90801, 90802, 90816-90819, 90821-90824, y 90826-90829 Agregados los códigos CPT® 90785, 90791, 90792, y 90832-90838
AQ2048 Doxorubicin, Liposomal (Doxil/Lipodox)	Eliminado el código HCPCS Q2048 Agregado el código HCPCS J9002 Cambiado “Contractor’s Determination Number” a AJ9002

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... (continuación)

Título de LCD	Cambios
ASKINSUB Skin Substitutes	Descriptor de cambio para los códigos HCPCS Q4119, Q4126, y Q4128 Eliminados los códigos HCPCS C9366, C9368, y C9369 Agregados los códigos HCPCS Q4131, Q4132, Q4133, Q4134, Q4135, y Q4136 a la sección de la LCD "The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products"
ATHERSVCS Therapy and Rehabilitation Services	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 97530, 97532, 97533, 97535, 97537, y 97755 Cambiado CPT® el rango de códigos 29000-29590 al código de rangos CPT® 29000-29584 en el anexo "Coding Guidelines"
A01991 Monitored Anesthesia Care (MAC) for Certain Interventional Pain Management Services	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 01991 y 01992
A0279T Circulating Tumor Cell Testing	Eliminados los códigos CPT® 0279T y 0280T Agregados los códigos CPT® 86152 y 86153 Cambiados "Contractor's Determination Number" a A86152
A22533 Lumbar Spinal Fusion for Instability and Degenerative Disc Conditions	Agregados los códigos CPT® 0309T y 22586
A33224 Biventricular Pacing/Cardiac Resynchronization Therapy	Descriptor de cambio para el código CPT® 33225
A43201 Noncovered Procedures-Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	Descriptor de cambio para el código HCPCS C9724
A76376 3D Interpretation and Reporting of Imaging Studies	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 76376 y 76377
A77055 Screening and Diagnostic Mammography	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 77051 y 77052
A77371 Stereotactic Radiosurgery (SRS) and Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) (Coding Guidelines only)	Agregado el código CPT® 32701
A86003 Allergy Testing	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 95004, 95024, y 95027 Eliminados los códigos CPT® 95010 y 95015 Agregados los códigos CPT® 95017 y 95018
A90802 Interactive Psychiatric Services	Eliminados los códigos CPT® 90802, 90804, 90810, 90811, 90812, 90813, 90814, 90815, 90823, 90824, 90826, 90827, 90828, 90829, and 90857 Agregados los códigos CPT® 90785, 90791, 90792, 90832, 90833, 90834, 90836, 90837, y 90838 Cambiado "Contractor's Determination Number" a A90785 Cambiado "LCD Title" from "Interactive Psychiatric Services" a "Interactive Complexity Services"
A90804 Individual Psychotherapy	Eliminados los códigos CPT® 90804, 90805, 90806, 90807, 90808, 90809, 90816, 90817, 90818, 90819, 90821, and 90822 Agregados los códigos CPT® 90832, 90833, 90834, 90836, 90837, y 90838 Cambiado "Contractor's Determination Number" a A90832 Cambiado "LCD Title" de "Individual Psychotherapy" a "Psychotherapy"
A90901 Biofeedback	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 90875 y 90876
A91110 Wireless Capsule Endoscopy	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 91110 y 91111

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... (continuación)

Título de LCD	Cambios
A93015 Cardiovascular Stress Testing	Descriptor de cambio para los códigos <i>CPT</i> ® 93015 y 93016
A93224 Long-Term Wearable Electrocardiographic Monitoring (WEM)	Descriptor de cambio para los códigos <i>CPT</i> ® 93224, 93227, 93228, 93229, 93268, y 93272
A93350 Stress Echocardiography	Descriptor de cambio para el código <i>CPT</i> ® 93351
A95805 Polysomnography and Sleep Testing	Descriptor de cambio para los códigos <i>CPT</i> ® 95808, 95810, y 95811 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 95782 y 95783 Cambiados “Contractor’s Determination Number” a A95782
A95860 Electromyography and Nerve Conduction Studies	Eliminados los códigos <i>CPT</i> ® 95900, 95903, 95904, 95934, y 95936 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, y 95913
A95920 Intraoperative Neurophysiology Testing	Eliminado el código <i>CPT</i> ® 95920 Agregados los códigos <i>CPT</i> ®/HCPCS 95940 y G0453 Cambiado “Contractor’s Determination Number” a A95940 Cambiado “LCD Title” from “Intraoperative Neurophysiology Testing” a “Intraoperative Neurophysiology Monitoring”
A95921 Autonomic Function Tests	Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 95924 y 95943
A95990 Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain	Descriptor de cambio para los códigos <i>CPT</i> ® 62370 y 95991

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims

Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

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 prostéticos, 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

Edición de prepago del código de evaluación y manejo 99215

La Oficina del Inspector General (OIG) recientemente revisó las tendencias de codificación actuales y descubrió una frecuencia de crecimiento de proveedores de Medicare facturando códigos de evaluación y manejo (E/M) de más alto nivel. Desde el 2001 al 2010, los proveedores aumentaron su facturación para *Current Procedural Terminology (CPT)* códigos 99214 y 99215 por 17 por ciento. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) estuvo de acuerdo con las recomendaciones de OIG de que los contratistas administrativos de Medicare (MAC) continúen educando a los médicos sobre la facturación adecuada por servicios de E/M y para revisar la facturación médica por estos servicios.

Siguiendo estas recomendaciones, First Coast Service Options, Inc. (First Coast) completó un análisis que indica que hay un alto riesgo de pago impropio de reclamación para ciertas especialidades facturando E/M código 99215 en Florida. Por lo tanto, un 100 por ciento de revisión de prepago del código 99215 será aplicado a reclamaciones presentadas a partir del **18 de enero de 2013**, para las siguientes especialidades del proveedor en el segmento de Florida de la jurisdicción de First Coast:

- Práctica general
- Optometría
- Medicina de manipulación osteopática
- Medicina pediátrica
- Podología

El manual *CPT* define el código 99215 como sigue:

Oficina u otra visita ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente establecido, lo cual requiere al menos dos de estos tres componentes claves:

- Una historia completa
- Una evaluación completa
- Toma de decisión médica de alta complejidad.

Usualmente el problema(s) que se presenta es de moderada a alta severidad. Típicamente, se pasan 40 minutos cara a cara con el paciente y/o familia.

Además, las reclamaciones presentadas con E/M código 99215 deben ser respaldadas por documentación indicando la necesidad médica para este nivel de servicio.

First Coast y CMS ofrecen múltiples recursos tratando las pautas de documentación para niveles de servicio de E/M en:

- Página de servicios de evaluación y manejo (E/M) de First Coast, ofreciendo enlaces a herramientas, FAQ, aprendizaje en línea, y recursos adicionales.
- Las pautas del manual electrónico de CMS (IOM) tratando múltiples tipos y configuraciones pertenecientes a los servicios de E/M.

En adición, en años recientes First Coast ha ofrecido múltiples webcasts tratando problemas de E/M, los cuales han sido grabados y pueden ser accedidos en <http://www.fcsouniversity.com>. E/M continuará siendo un punto de enfoque en los próximos meses – por favor verifique nuestro [calendario de eventos](#) para estar al tanto de la educación de E/M que está siendo ofrecida.

Revisión al Capítulo 15 del Medicare Program Integrity Manual

Número de *MLN Matters*: MM7864 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7864
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R445PI
Fecha de implementación: 1 de enero de 2014

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/R445PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 445, 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.

Actualización trimestral de octubre para ediciones de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM8006
Número de petición de cambio relacionado: 8006
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de julio de 2012
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2498CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8006, la cual les recuerda a los médicos sobre las actualizaciones trimestrales para las ediciones de iniciativa de codificación correcta (CCI). La última publicación trimestral del módulo de edición fue emitida en julio de 2012. El paquete de ediciones de CCI más reciente, versión 18.3, es efectivo el 1 de octubre de 2012, e incluye todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

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 adicional sobre CCI, incluyendo el CCI actual y las ediciones del código mutuamente exclusivo (MEC), está disponible en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8006.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8006, 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/R2498CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2498, CR 8006

Actualización trimestral de abril para corregir la edición de iniciativa de codificación

Número de *MLN Matters*: MM8147
 Número de petición de cambio relacionado: 8147
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de diciembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2609CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8147, el cual les recuerda a los médicos sobre las actualizaciones trimestrales de las ediciones de iniciativa de codificación correcta (CCI). La última publicación trimestral del módulo de edición CCI, versión 19.1, es efectiva el 1 de abril de 2013, e incluye todas las versiones previas, y las actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente.

La información adicional sobre CCI, incluyendo el actual CCI y las ediciones del código mutuamente exclusivo (MEC), están disponibles en <http://www.cms.gov/Medicare/Coding/NationalCorrectCodInitEd/index.html>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8147.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8147, 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/R2609CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2609, CR 8147

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

Cobertura General

Aplicación de la MPPR en servicios de proyección de imagen a los médicos en la práctica de un mismo grupo



Número de *MLN Matters*: MM7747
 Número de petición de cambio relacionado: 7747
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1104OTN
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

La reducción de pago de procedimiento múltiple (MPPR) en la proyección de imágenes de diagnóstico aplica cuando múltiples servicios han sido prestados por el mismo médico, al mismo paciente, en la misma sesión, en el mismo día. La MPPR en ciertos servicios de proyección de imágenes de diagnóstico aplica a los servicios del componente profesional (PC) y el componente técnico (TC).

En la actualidad, la MPPR se aplica sólo cuando un médico individual presta múltiples servicios para el mismo paciente, en la misma sesión, el mismo día. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están ampliando la MPPR en el PC y TC de servicios de proyección de imágenes mediante su aplicación a los médicos en la práctica de un mismo grupo (identificador nacional del proveedor (NPI) del mismo grupo) que presta servicios múltiples para el mismo paciente, en la misma sesión, el mismo día.

(Continúa en la página siguiente)

Aplicación... (Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7747.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7747, 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/R1104OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1104, CR 7747

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

Documentación Médica

Resultados generalizados de la investigación del Modificador 24

First Coast Service Options Inc. (First Coast) implementó una revisión de la edición prepago para Florida el 16 de abril de 2012, aplicable las reclamaciones de oficina de evaluación y manejo (E/M) (códigos 99201-99205 y 99212-99215) facturadas con el modificador 24, en respuesta a las tres investigaciones generalizadas que identificaron la facturación incorrecta del modificador 24, al menos 60 por ciento de las veces. Para tratar esta facturación incorrecta generalizada, First Coast implementó una edición prepago para el 16 de abril de 2012, aplicable las reclamaciones de visitas de oficina E/M (códigos 99201-99205 and 99212-99215) facturados con el modificador 24. First Coast ha completado tres investigaciones generalizadas adicionales. Los resultados indican que el modificador 24 o bien no fue soportado por la cita o se aplicó incorrectamente. Los siguientes códigos E/M fueron incluidos en la investigación generalizada:

- Códigos E/M 99223, 99233 y 99291, los cuales resultaron con un porcentaje de 66.95 en la tasa de error
- Códigos E/M 92012 y 92014, los cuales resultaron con un porcentaje de 33.99 en la tasa de error
- Códigos E/M 99308, 99309, y 99310, los cuales resultaron con un porcentaje de 65.54 en la tasa de error

Recursos educativos

Los proveedores que actualmente facturan los servicios E/M con el modificador 24 se les alienta a que revisen las pautas de Medicare como se indica en el Internet-only manual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, *Publicación 100-04 Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12, Section 30.6.6*:

Los contratistas que pagan por un servicio de evaluación y gestión distintos de los servicios de atención hospitalaria del paciente hospitalizado, antes de que este sea dado de alta, después de la cirugía (Códigos CPT 99221-99238) si fue proporcionado durante el postoperatorio de un procedimiento quirúrgico por el mismo médico que realizó el procedimiento, facturado con el modificador CPT 24, y acompañado de la documentación que respalda que el servicio no está relacionado con el cuidado postoperatorio de la intervención. Ellos no pagan por la atención hospitalaria del paciente hospitalizado que se proporciona durante la estadía en el hospital en el que se llevó a cabo la cirugía a menos de que el médico también se encuentre realizando el tratamiento de otra enfermedad que no está relacionada con la cirugía. Toda la atención recibida durante la estadía hospitalaria en la que se produjo la cirugía es compensada mediante el pago quirúrgico global.



Los siguientes cursos de adiestramiento basado en la Web están disponibles en [First Coast University](http://www.firstcoastuniversity.edu) para ayudar a los proveedores a aprender acerca de la facturación correcta del modificador 24, así como los requisitos de documentación para apoyar la necesidad y/o la validez de su uso:

- "Introduction to Global Surgery"
- "Medical Documentation Errors"
- "Medical Documentation Request"
- "Modifier 24"

Lugar de Servicio

Instrucciones de codificación de lugar de servicio revisadas y aclaradas

Número de *MLN Matters*: MM7631 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7631
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2613CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 7631 como resultado de hallazgos consistentes por la Oficina del Inspector General (OIG) que indican médicos y suplidores frecuentemente reportan el lugar de servicio (POS), en el cual proveen servicios, incorrectamente. Esta facturación indebida es particularmente problemática cuando el médico y otros suplidores prestan servicio en hospitales ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (ASC).

La CR 7631 provee instrucciones sobre la asignación

de códigos POS para todos los servicios pagados bajo la tarifa fija de médicos de Medicare y para ciertos servicios provistos por laboratorios independientes. Además, proporciona instrucciones para los componentes profesionales y técnicos de pruebas diagnósticas y establece una política nacional para la asignación correcta de los códigos POS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7631.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7631, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2316CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2613, CR 7631

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

Nuevo código de lugar de servicio para empleo/sitio de trabajo

Número de *MLN Matters*: MM8125
 Número de petición de cambio relacionado: 8125
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de noviembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2602CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) están agregando un nuevo código, 18 - Place of Employment/Worksite (lugar de empleo/sitio de trabajo), al conjunto de códigos de lugar de servicio (POS), con el fin de cumplir con el conjunto de estándares del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA).

CMS no ha identificado una necesidad inherente de este nuevo código para las reclamaciones de Medicare. Sin embargo, como pagador, Medicare debe ser capaz de reconocer cualquier código del conjunto de códigos del lugar de servicio que aparece en una transacción de una reclamación estándar de HIPAA. Las entidades del sector de la salud,

diferentes de Medicare, usarán este código para identificar los lugares donde un profesional de la salud provee, de forma continua o episódica, un servicio profesional médico o terapéutico en el lugar de trabajo del paciente.

Los estándares actuales de las reclamaciones de atención de la salud requieren que cada reclamación electrónica incluya un código POS del conjunto de códigos que CMS mantiene.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8125.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8125, 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/R2602CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2602, CR 8125

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

Información General

Actualización para las instrucciones de procesamiento de reclamaciones para los profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8010 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8010
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2012
Fecha de efectividad: 19 de febrero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2610CP
Fecha de implementación: 19 de febrero de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8010 elimina y/o corrige la información obsoleta y errónea en el capítulo 12 del *Medicare Claims Processing Manual* que se refiere a las instrucciones de procesamiento de reclamaciones para los siguientes profesionales de la salud:

- Asistente médico (PA)
- Enfermera practicante (NP)
- Especialista en enfermería clínica (CNS)
- Psicólogo clínico (CP), y
- Trabajador social clínico (CSW)



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8010.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8010, 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/R2610CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2610, CR 8010

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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



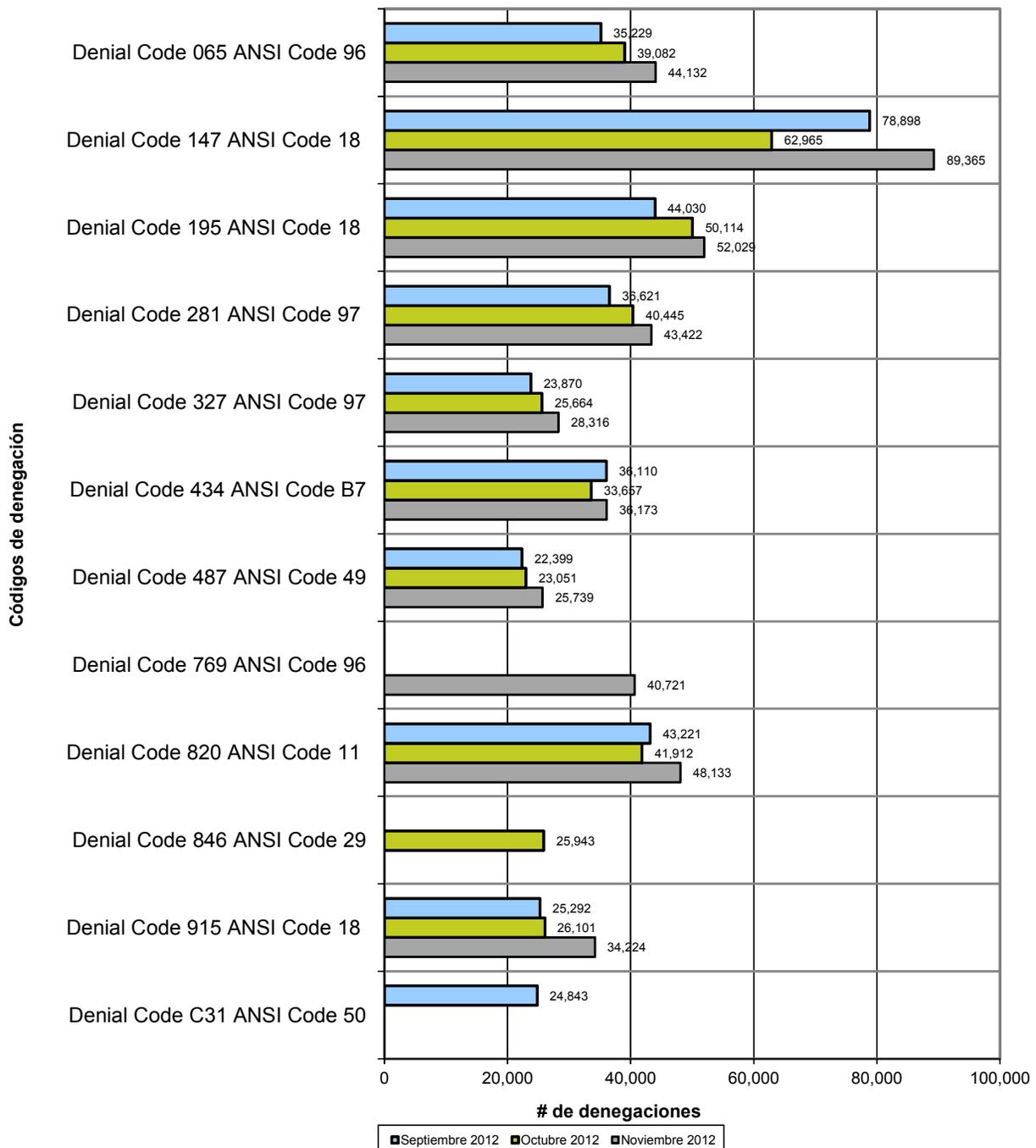
Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en septiembre-noviembre de 2012

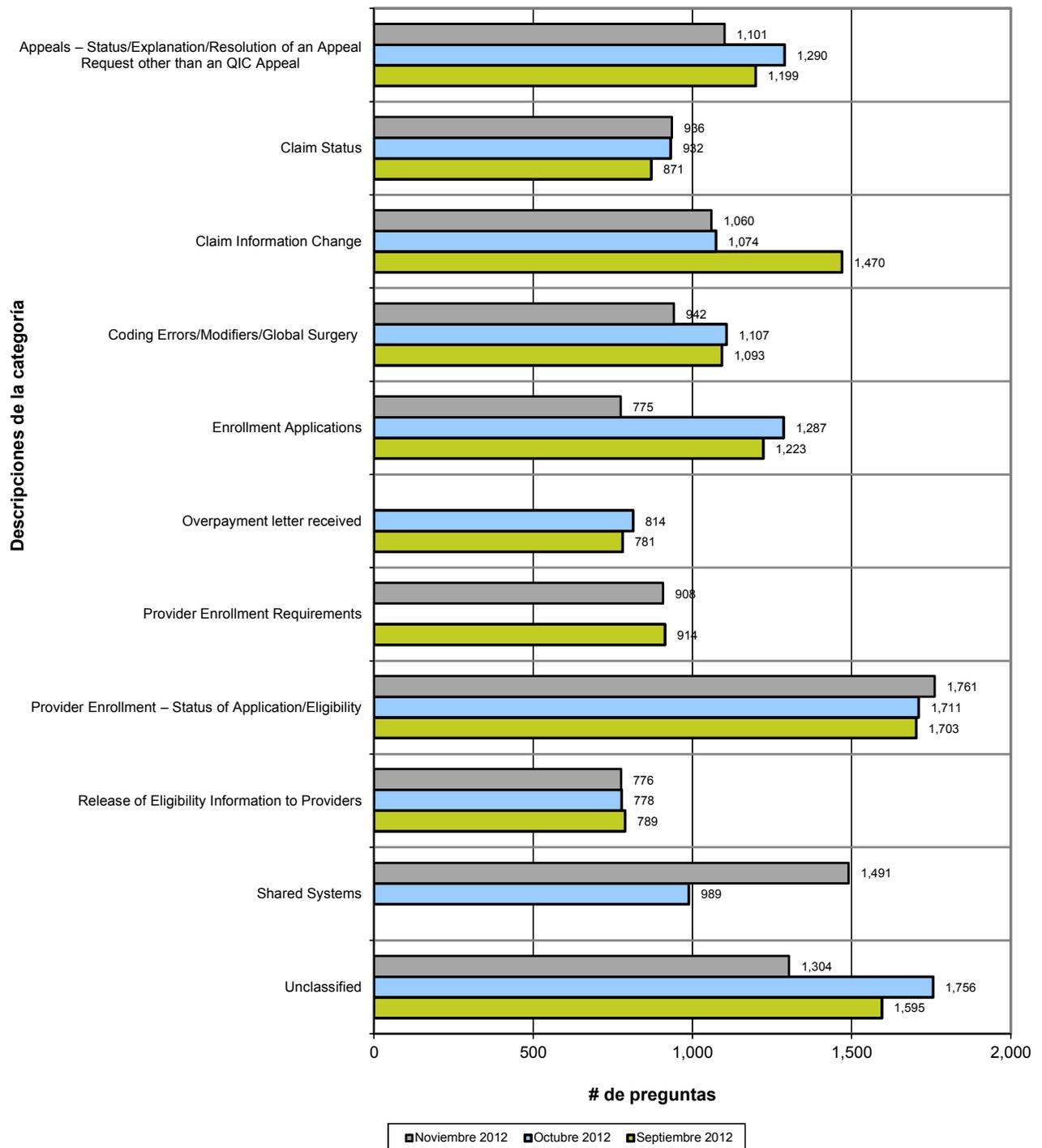
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de septiembre a noviembre 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://medicarespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

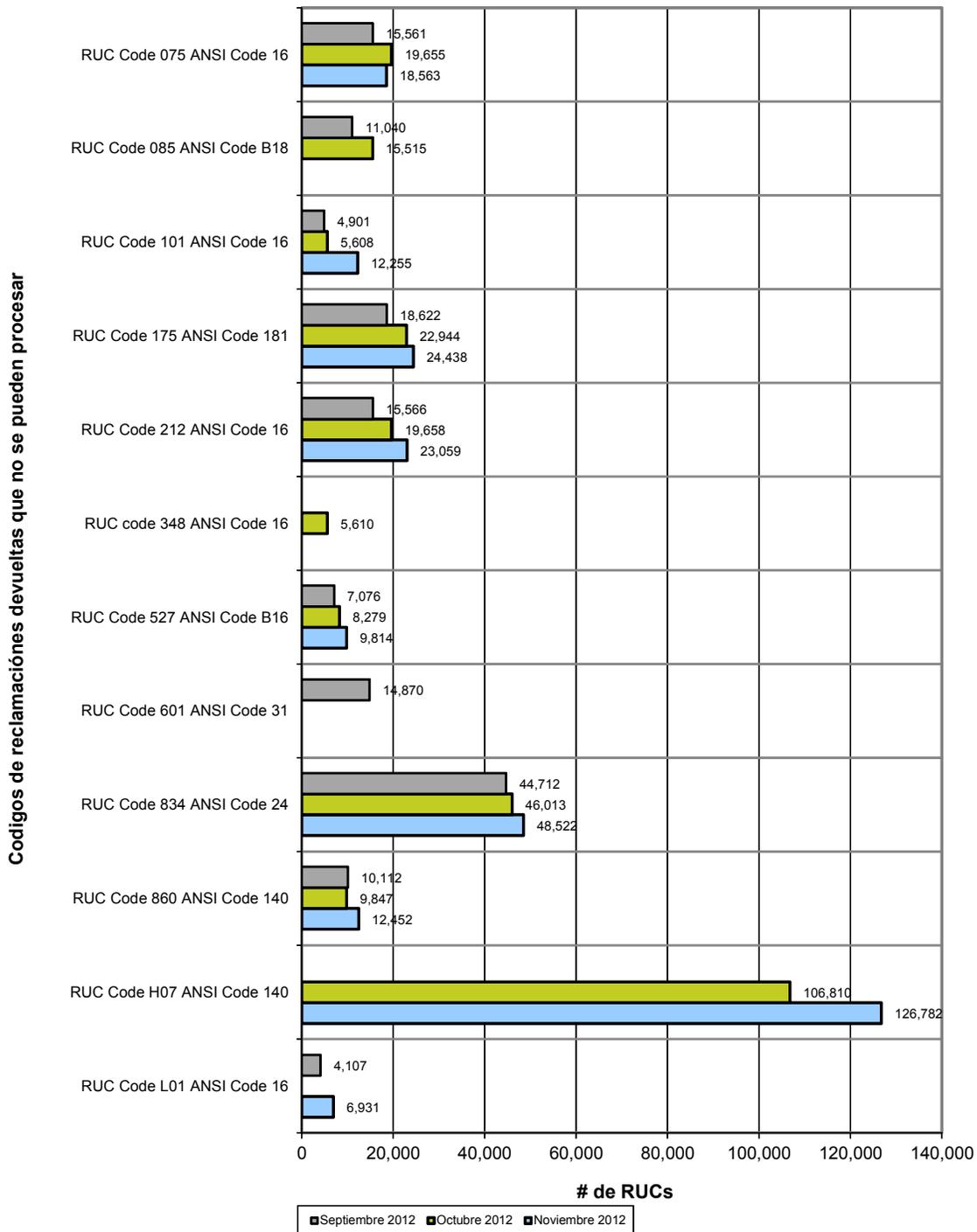
Denegaciones de Parte B más frecuentes en septiembre-noviembre de 2012



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



RUC de Parte B más frecuentes en septiembre-noviembre 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

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

Más información

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

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

LCD nuevas

86352: Transplantation immune cell function assay (ImmuKnow®)	46
36516: Low density lipoprotein (LDL) apheresis	46
TESTOPEL: Testosterone pellets (Testopel®).....	47

Revisiones a las LCD existentes

NCSVCS: Noncovered services	47
NCSVCS: Noncovered services (0101T)	48
43644: Surgical management of morbid obesity	48
J9263: Oxaliplatin (Eloxatin®)	49
11730: Surgical treatment of nails	49

LCD retiradas

90862: Pharmacologic medication management for psychiatry services	50
--	----

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) - Part B:J1744/J2212	50
Cambios de las determinaciones de cobertura local del HCPCS para el 2013	51

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD Nuevas

86352: Transplantation immune cell function assay (ImmuKnow®) – nueva LCD

Identificador de LCD: L33015 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada como una LCD no cubierta basada en la revisión de la literatura disponible actual publicada para el ensayo de trasplante de función celular inmune (ImmuKnow®)(código *CPT*® 86352). Este ensayo trata sobre los destinatarios de la inmunidad celular en el curso de la evaluación de un posible rechazo en el sistema inmunológico. Se determinó que este servicio no cumple con los criterios razonables y necesarios según se define en la Sección 1862 (a)(1)(A) del Social Security Act y por lo tanto no es un servicio cubierto.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 29 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

36516: Low density lipoprotein (LDL) apheresis – nueva LCD

Identificador de LCD L32998 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) se describe en el proceso de la eliminación de forma aguda de LDL-colesterol (LDL-C) del plasma del paciente en poblaciones de alto riesgo. LDL-aféresis (LDL-A) no se utiliza rutinariamente para el tratamiento de la hipercolesterolemia, ya que la hipercolesterolemia generalmente responde al tratamiento médico. LDL-A está indicado para el tratamiento de la hipercolesterolemia para pacientes con determinadas condiciones hereditarias que no han respondido al máximo del manejo del tratamiento médico y la terapia de dieta.

En la actualidad, existe una determinación de cobertura nacional (NCD) de Medicare para aféresis (Therapeutic Pheresis)-NCD 110.14. Sin embargo, no se trata específicamente los requerimientos de cobertura para aféresis LDL.

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, código *CPT*® 36516, ICD-9-CM código de diagnóstico 272.0, directrices de documentación, y pautas de utilización de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) aféresis.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 4 de febrero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. 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 en la página de las LCD.

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

TESTOPEL: Testosterone pellets (Testopel®) – nueva LCD

Identificador de LCD: LCD: L33002 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Testosterone pellets (Testopel®) han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de primary hypogonadism (congénita o adquirida) y hypogonadotropic hypogonadism (congénita o adquirida). Primary hypogonadism incluye tales condiciones como insuficiencia testicular debido a criptorquidia, torsión bilateral, orquitis, síndrome de testículos desapareciendo, o orquidectomía. Hypogonadotropic hypogonadism (secondary hypogonadism) incluye condiciones tales como deficiencia o lesión pituitario-hipotalámico de hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) idiopática o gonadotrópica de tumores.

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos ICD-9-CM que respaldan la necesidad médica, requisitos de documentación y pautas de utilización para testosterone pellets (Testopel®). Un archivo adjunto de “pautas de codificación” de LCD también fue desarrollado lo cual provee instrucciones para facturar Testopel® al código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) J3490 (Medicamentos no clasificados) y al código Current Procedural Terminology (CPT®) 11980 (*Subcutaneous hormone pellet implantation [implantation of estradiol and/or testosterone pellets beneath the skin]*) de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en la misma reclamación. Si el código HCPCS J3490 y el código CPT® 11980 no son facturados en la misma reclamación, la reclamación estará sujeta a revisión de prepago.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 29 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presente) 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 efectiva futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents” en la parte superior de la lista de la página de las LCD.

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

Revisiones a las LCD existentes

NCSVCS: Noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, fue realizada una revisión a la LCD. Los siguientes códigos fueron evaluados y en esta ocasión se determinó que no son medicamento razonables ni necesarios sobre la base de la evidencia actual publicada (por ejemplo, revisión por expertos en literatura médica, estudios publicados): el código CPT® 84999 (CancerType ID) fue agregado a la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Laboratory Procedures”. Los códigos CPT® 78999 (Intraoperative nuclear mapping during parathyroidectomy [Gamma probe]), 92700 (Vestibular evoked myogenic potentials [VEMP]), 97039 (Cold laser therapy [low level laser therapy]) y los códigos Category III CPT® 0302T, 0303T, 0304T, 0305T, 0306T, y 0307T fueron agregados a la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions “Procedures”. Además, bajo la sección de la LCD “Related Documents” fue incluida una página de referencia.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 29 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

NCSVCS: Noncovered services (0101T) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 9 de octubre de 2012. Desde entonces, la LCD fue revisada para remover Category III CPT® código 0191T de la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures” de la LCD. Cuando un servicio o procedimiento es removido de los servicios no cubiertos de la LCD, esto no implica un estado de cobertura positivo, ya que no hay estado de cobertura en ninguna LCD. Por lo tanto, las reclamaciones facturadas para Category III CPT® código 0191T (suponiendo que se cumplen los demás requisitos del programa) siempre tendría que cumplir el límite médico razonable y necesario para cobertura en una auditoría de prepago o post pago del registro médico oficial. Por lo tanto, en este momento CPT® código 0191T será médicamente revisado de manera de consideración individual.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados a **partir del 19 de diciembre 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 “Jump to Section...” 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](#).

43644: Surgical management of morbid obesity – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29317 (Florida)

Identificador de LCD: L29477 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD), para el manejo quirúrgico de obesidad mórbida, fue recientemente revisada el 1 de enero de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada basada en la petición de cambio (CR) 8028 de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid efectivo para reclamaciones procesadas en o después del 10 de diciembre de 2012, para fechas de servicio en o después del 27 de junio de 2012. De acuerdo con la CR 8028 los contratistas administrativos de Medicare que actúan dentro de sus respectivas jurisdicciones pueden determinar la cobertura independiente de la gastrectomía laparoscópica en manga (LSG), código CPT® 43775, para el tratamiento de condiciones de comorbilidad relacionadas con la obesidad.

Esta LCD fue desarrollada para clarificar cuáles son los procedimientos bariátricos que están actualmente cubiertos y no están cubiertos según la determinación de cobertura nacional (NCD) 100.1, así como el nivel local para LSG. Los criterios están clarificados por los procedimientos bariátricos cubiertos en la sección titulada “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”. En la sección de la LCD “Documentation Requirements” se aplica a todas las indicaciones de cobertura y aclara lo que debe ser incluido en la historia clínica como soporte de los procedimientos admitidos.

Los criterios que se deben cumplir para satisfacer las indicaciones de cobertura incluyen:

- El paciente tiene un BMI ≥ 35 (índice de masa corporal) y una condición comórbida existente (por ejemplo, enfermedad hipertensiva cardiovascular, enfermedad pulmonar/respiratoria, diabetes, apnea del sueño o artritis degenerativa de las articulaciones que soportan el peso) relacionadas con la obesidad. La documentación del nivel de severidad de la condición comórbida existente debe ser incluida en la historia médica del paciente; **Y**
- El paciente anteriormente no ha tenido éxito con el tratamiento médico para la obesidad; **Y**
- Las causas metabólicas tratables de la obesidad (por ejemplo, trastornos suprarrenales o de la tiroides) se han descartado o han sido tratados clínicamente si están presentes; **Y**
- Cuando se realiza en las instalaciones que (1) están certificadas por el American College of Surgeons (Colegio Americano de Cirujanos) como Nivel I Bariatric Surgery Center (Centro de Cirugía Bariátrica) (normas y requisitos del programa efectivo el 15 de febrero de 2006), o (2) certificado por la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (American Society for Bariatric Surgery) como un Centro de Excelencia en Cirugía Bariátrica (Bariatric Surgery Center of Excellence)(normas y requisitos del programa efectivo el 15 de febrero de 2006). Una lista de las instalaciones autorizadas y sus fechas de aprobación aparecen y se mantienen en el sitio Web de cobertura de CMS <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> y serán publicados en el *registro federal*.

(Continúa en la página siguiente)

43644: Surgical... (Continuación)

Una combinación de diagnóstico triple deberá ser presentada en las reclamaciones de los procedimientos bariátricos. El diagnóstico primario (ICD-9-CM código 278.01) y luego tendrán que ser sometidos un diagnóstico secundario adicional para el índice de masa corporal (BMI), seguido por el diagnóstico de comorbilidad.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 29 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

J9263: Oxaliplatin (Eloxatin®) – revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29248 (Florida)****Identificador de LCD: L29459 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para oxaliplatin (Eloxatin®) fue recientemente revisada el 25 de enero de 2012. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD para incluir las indicaciones fuera de la etiqueta para cánceres hepatobiliares y múltiples non-Hodgkin Lymphomas específicos basado en los compendios aprobados de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Bajo la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD, los códigos de diagnóstico 155.1, 156.0, 156.1, 156.2, 156.8, 156.9, 200.30-200.38, 200.40-200.48, 200.60-200.68, 200.70-200.78, 202.00-202.08, y 202.10-202.18 fueron añadidos. En adición, la sección "Sources of

Information and Basis for Decision" de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 10 de diciembre 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 futura efectiva, 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](#).

11730: Surgical treatment of nails – revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29318 (Florida)****Identificador de LCD: L29395 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para el tratamiento quirúrgico de las uñas se hizo efectivo por los servicios prestados en o después del 2 de febrero de 2009, para Florida en o después del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces la LCD ha sido revisada como resultado del análisis de datos del programa de zona de integridad del contratista (ZPIC), desde el período enero de 2009 a abril de 2012, relacionado con la utilización excesiva de servicio de avulsión de la uña (código CPT® 11730). Basado en el análisis de datos ZPIC, se determinó que los podólogos en Florida están facturando por los servicios de avulsión de la uña con más frecuencia de la que es apoyada por la literatura actual de sus pares. Por lo tanto, el lenguaje relacionado con la LCD referente al uso y la frecuencia de los servicios por avulsión de uñas se ha agregado a las secciones de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" y "Utilization Guidelines", que indica que los servicios realizados con mayor frecuencia que cada 12 semanas, en el mismo dedo, se considera que no es médicamente razonable y necesario y serán rechazados. Además, la sección de la LCD de "Documentation Requirements" también fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 11 de febrero de 2013**. 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>.

(Continúa en la página siguiente)

11730: Surgical... (Continuación)

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

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

LCD Retiradas**90862: Pharmacologic medication management for psychiatry services – LCD retirada****Identificador de LCD L30351 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para para la administración de medicamentos farmacológicos para los servicios de psiquiatría tuvo su más reciente revisión el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, se tomó la decisión de retirar la LCD basada la actualización anual 2013 HCPCS y el análisis de datos.

Fecha efectiva

Esta LCD retirada es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información Médica Adicional**Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte B: J1744/J2212**

La lista de medicamentos autoadministrados (SAD) fue recientemente revisada el 6 de agosto de 2012. Desde entonces, basado en la actualización anual del 2013 Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), los medicamentos autoadministrados icatibant (Firazyr®) y methylnatrexone bromide (Relistor®) (códigos HCPCS J3490/C9399) han recibido nuevos códigos HCPCS.

Efectivo para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**, los siguientes nuevos códigos HCPCS han sido añadidos a la lista SAD de la Parte A para la jurisdicción 9 (J9) del contratista administrativo de Medicare (MAC) para reemplazar los códigos no clasificados para icatibant (Firazyr®) y methylnatrexone bromide (Relistor®).

- J1744 Inyección, icatibant, 1 mg
- J2212 Inyección, methylnaltrexone, 0.1 mg

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en: http://medicareespanol.fcso.com/Drogas_auto-administradas/.

Cambios de las determinaciones de cobertura local del HCPCS para el 2013

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del 2013 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). En consecuencia los códigos de procedimientos han sido agregados, revisados, reemplazados y eliminados:

Título de LCD	Cambios
BOTULINUM TOXINS Botulinum Toxins (únicamente pautas de codificación)	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 64612 y 64614 Agregado el código CPT® 64615
IDTF Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF) (únicamente pautas de codificación)	Códigos CPT® eliminados 71040, 71060, 75650, 75660, 75662, 75665, 75671, 75676, 75680, 75680, 75685, 78000, 78001, 78003, 78006, 78007, 78010, 78011, 95900, 95903, 95904, 95934, and 95936 Códigos CPT® agregados 78012, 78013, 78014, 78071, 78072, 95782, 95783, 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, 95913, 95924, y 95943
J0881 Erythropoiesis Stimulating Agents	Código HCPCS Q2047 eliminado Código HCPCS J0890 agregado
J1459 Intravenous Immune Globulin	Descriptor de cambio para los códigos HCPCS J1561 y J1569
J9280 Mitomycin (Mutamycin®, Mitomycin-C)	Descriptor de cambio para los códigos HCPCS J9280
NCSVCS Noncovered Services	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 0195T, 0196T, 0206T, 28890, 94014, y 94016 Códigos CPT® 0173T, 0242T eliminados (reemplazados con el código CPT® 91112), 0276T (reemplazados con el código CPT® 31660), 0277T (reemplazados con el código CPT® 31661), 90664 y 90665 Removido el código CPT® 99199 (Snap wound care system) y reemplazado con los códigos HCPCS G0456 y G0457 Agregados los códigos CPT® 0309T, 22586, 90653, 90685, 90686, 90687, 90688, y 90739
Q2048 Doxorubicin, Liposomal (Doxil/ Lipodox)	Eliminado el código HCPCS Q2048 Agregado el código HCPCS J9002 Cambiado el "Contractor's Determination Number", a J9002
SKINSUB Skin Substitutes	Descriptor de cambio para los códigos HCPCS Q4119, Q4126, y Q4128 Eliminado el código HCPCS C9366, C9368, y C9369 Agregados los códigos HCPCS Q4131, Q4132, Q4133, Q4134, Q4135, y Q4136 a la sección de la LCD "The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products"
THERSVCS Therapy and Rehabilitation Services	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 97530, 97532, 97533, 97535, 97537, y 97755 Cambiado el rango de códigos CPT® 29000-29590 al rango de códigos CPT® 29000-29584 en el anexo "Coding Guidelines"
01991 Monitored Anesthesia Care (MAC) for Certain Interventional Pain Management Services	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 01991 y 01992
0279T Circulating Tumor Cell Testing	Eliminados los códigos CPT® 0279T y 0280T Agregados los códigos CPT® 86152 y 86153 Cambiado el "Contractor's Determination Number" a 86152
22533 Lumbar Spinal Fusion for Instability and Degenerative Disc Disease	Agregados los códigos CPT® 0309T y 22586
33224 Biventricular Pacing/Cardiac Resynchronization Therapy	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 33225

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... (Continuación)

Título de LCD	Cambios
43201 Noncovered Procedures- Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	Descriptor de cambio para los códigos HCPCS C9724
64561 Sacral Neuromodulation	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 64561
76376 3D Interpretation and Reporting of Imaging Studies	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 76376 y 76377
77055 Screening and Diagnostic Mammography	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 77051 y 77052
77371 Stereotactic Radiosurgery (SRS) and Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) (únicamente pautas de codificación)	Agregado el código CPT® 32701
86003 Allergy Testing	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 95004, 95024, y 95027 Eliminados los códigos CPT® 95010 y 95015 Agregados los códigos CPT® 95017 y 95018
90801 Psychiatric Diagnostic Interview Examination	Eliminado el código CPT® 90801 Agregado el código CPT® 90791 y 90792 Cambiado el "Contractor's Determination Number" a 90791 Cambiado el "LCD Title" de "Psychiatric Diagnostic Interview Exam" a "Psychiatric Diagnostic Evaluation"
90802 Interactive Psychiatric Services	Eliminados los códigos CPT® 90801, 90802, 90804, 90810, 90811, 90812, 90813, 90814, 90815, 90823, 90824, 90826, 90827, 90828, 90829, y 90857 Agregados los códigos CPT® 90785, 90791, 90792, 90832, 90833, 90834, 90836, 90837, y 90838 Cambiado "Contractor's Determination Number" a 90785 Cambiado "LCD Title" from "Interactive Psychiatric Services" a "Interactive Complexity Services"
90804 Individual Psychotherapy	Eliminados los códigos CPT® 90804, 90805, 90806, 90807, 90808, 90809, 90816, 90817, 90818, 90819, 90821, y 90822 Agregados los códigos CPT® 90832, 90833, 90834, 90836, 90837, y 90838 Cambiado "Contractor's Determination Number" a 90832 Cambiado "LCD Title" a "Individual Psychotherapy" a "Psychotherapy"
90901 Biofeedback	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 90875 y 90876
91110 Wireless Capsule Endoscopy	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 91110 y 91111
92018 Ophthalmological Diagnostic Services	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 92286 y 92287
93015 Cardiovascular Stress Testing	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 93015 y 93016
93224 Long-Term Wearable Electrocardiographic Monitoring (WEM)	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 93224, 93227, 93228, 93229, 93268, and 93272
93350 Stress Echocardiography	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 93351
95805 Polysomnography and Sleep Testing	Descriptor de cambio para los códigos CPT® 95808, 95810, y 95811 Agregados los códigos CPT® 95782 y 95783 Cambiado "Contractor's Determination Number" a 95782
95860 Electromyography and Nerve Conduction Studies	Eliminados los códigos CPT® 95900, 95903, 95904, 95934, y 95936 Agregados los códigos CPT® 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, y 95913

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... (Continuación)

Título de LCD	Cambios
95920 Intraoperative Neurophysiology Testing	Eliminado el código <i>CPT</i> ® 95920 Agregados los códigos <i>CPT</i> ®/ <i>HCPCS</i> 95940 y G0453 Cambiado “Contractor’s Determination Number” a 95940 Cambiado “LCD Title” a “Intraoperative Neurophysiology Testing” a “Intraoperative Neurophysiology Monitoring”
95921 Autonomic Function Tests	Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 95924 y 95943
95925 Somatosensory Testing (únicamente pautas de codificación)	Eliminado el código <i>CPT</i> ® 95920 Agregados los códigos <i>CPT</i> ®/ <i>HCPCS</i> 95940 y G0453
95990 Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain	Descriptor de cambio para los códigos <i>CPT</i> ® 62370 y 95991
96000 Comprehensive Motion Analysis Studies	Descriptor de cambio para el código <i>CPT</i> ® 96004
96150 Health and Behavior Assessment/ Intervention (únicamente pautas de codificación)	Eliminado el rango de códigos <i>CPT</i> ® 90801-90862 y reemplazado con “psychiatry services”
99183 Hyperbaric Oxygen Therapy (HBO Therapy)	Descriptor de cambio para el código <i>CPT</i> ® 99183
99324 E/M Home and Domiciliary Visits	Descriptor de cambio para los códigos <i>CPT</i> ® 99324, 99325, 99326, 99327, 99328, 99334, 99335, 99336, 99337, 99341, 99342, 99343, 99344, 99345, 99347, 99348, 99349 y 99350

Formulario de Parte B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2012 a septiembre 2013.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2012 – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims
Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims
Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

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), prótesis 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 prótesis
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

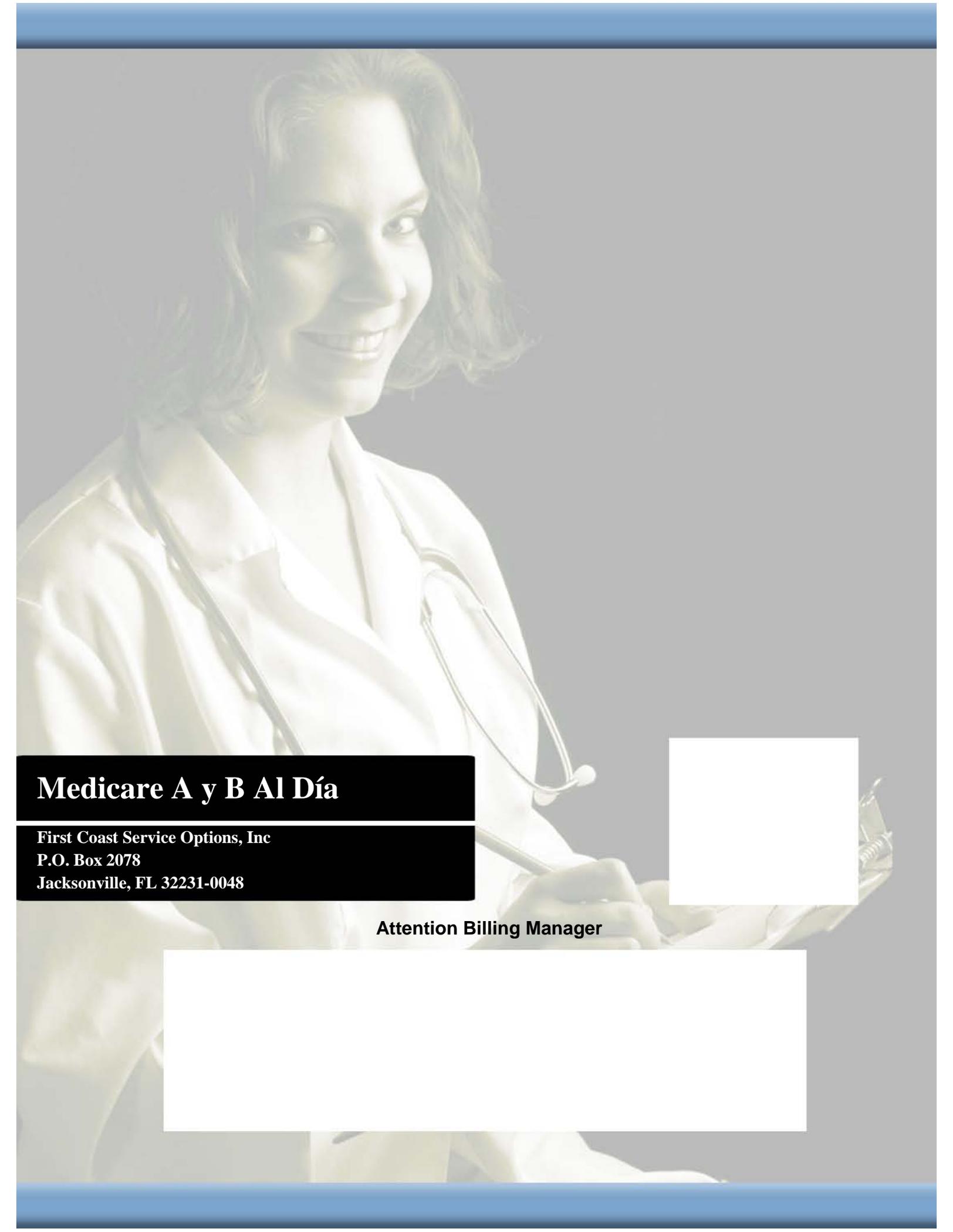
Opción 6 - línea de respuesta automática

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