

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Enero 2013



En esta edición

Revisión de la tasa de interés de pago puntual	3
CMS emite instrucciones para conversión a ICD-10...	5
Tarifas de cargo razonable 2013	8
CMS actualiza la tarifa fija para DMEPOS 2013	8
Resumen de regla final para MPFS en CY 2013	10
CMS anuncia la metodología de pago de 2013	15
Extensión del programa anual de inscripción 2013...	28
Nuevas pruebas con dispensa	29

El Presidente Obama firma el American Taxpayer Relief Act del 2012

La nueva ley incluye la actualización del ajuste a diciembre de 2013

El miércoles 2 de enero de 2013, el Presidente Obama firmó la nueva ley del American Taxpayer Relief Act de 2012. Esta nueva ley imposibilita que entre en vigencia un corte de programado de pago para los médicos y otros profesionales que tratan a los pacientes de Medicare, el 1 de enero de 2013. La nueva ley provee una actualización del cero por ciento para aquellos servicios hasta el 31 de diciembre de 2013. Estas provisiones garantizan el acceso de las personas de la tercera edad a sus médicos a través de la fijación de la tasa de crecimiento sostenible (SGR) hasta la finalización del 2013. El Presidente Obama mantiene su compromiso con una solución permanente a la eliminación de las reducciones SGR que resultan de la metodología legal existente. La administración seguirá trabajando con el congreso para lograr este objetivo.

La nueva ley extiende numerosas provisiones del Middle Class Tax Relief and Job Creation Act de 2012 (Job Creation Act) así como las provisiones del Affordable Care Act, específicamente, las siguientes políticas de tarifa fija de Medicare (con fechas efectivas del 1 de enero de 2013, o el 1 de octubre de 2012), han sido extendidas. También se incluye la facturación de Medicare y la información del procesamiento de las reclamaciones asociadas con la nueva legislación. Por favor, tenga en cuenta que estas

provisiones no reflejan todas las provisiones de Medicare en la nueva ley, y más adelante llegará más información sobre otras provisiones.

Sección 601 - Medicare Physician Payment Update (actualización del pago del médico de Medicare): como se indicó anteriormente, la nueva ley provee una actualización del cero por ciento para reclamaciones con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2013. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están revisando actualmente el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) del 2013 para reflejar los requisitos de la nueva ley, así como las correcciones técnicas identificadas desde la publicación de la norma final en noviembre. Para su información, el factor de conversión de 2013 es \$34.0230.

Con el objetivo de permitir el tiempo suficiente para desarrollar, probar e implementar el MPFS revisado, los contratistas administrativos de las reclamaciones de Medicare pueden poner en espera las reclamaciones MPFS con fechas de servicio de enero de 2013 hasta 10 días hábiles (por ejemplo, hasta el 15 de enero de

(Continúa en la página 12)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

CMS anuncia el factor de inflación de ambulancia del 2013 y el ajuste de productividad	3
Revisión de la tasa de interés de pago puntual	3
Nuevos códigos para VAD externos	4
Actualización de servicios de laboratorio y tarifa fija de laboratorio clínico 2013	4
CMS emite instrucciones para la conversión a ICD-10	5
Clarificación de políticas en las reclamaciones para los IRF	6
CMS introduce códigos para recolectar información	7
Tarifas de cargo razonable 2013	8
CMS actualiza la tarifa fija para DMEPOS 2013	8
CMS emite clarificación sobre la NCD para reemplazo de válvula aórtica transcatóter	9
Resumen de las políticas de la regla final para MPFS en el CY 2013	10
Actualización de CARC, RARC, MREP y PC Print	10
Los proveedores dan la bienvenida a las mejoras de PECOS basado en Internet	11
CMS e-News del proveedor de Medicare	11

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos	14
-----------------------------------	----

Parte A

CMS anuncia la metodología de pago de 2013 para el programa de hospital rural	15
Cambios de IPPS y PPS de atención hospitalaria a largo plazo para FY 2013	15
Pago del cuidado quirúrgico global dividido, en hospital de cuidado crítico método II	16
CMS anuncia cambios del editor de códigos ambulatorios integrados	17

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	18
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A	21
--------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte A	25
--	----

Contactos Parte A de Puerto Rico	26
---	----

Información de contacto Florida y USVI	27
---	----

Parte B

Actualización del sistema de pago para el año 2013 de centros de cirugía ambulatoria	28
Extensión del programa de participación anual de inscripción 2013	28
Actualización trimestral de enero para corregir ediciones de iniciativa de codificación	29
Nuevas pruebas con dispensa	29

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación	30
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B	33
--------------------------------------	----

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

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

Información de contacto Florida	39
--	----

Información de contacto Islas Vírgenes EE.UU.	40
--	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 1
Enero de 2013

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.

Ambulancia

CMS anuncia el factor de inflación de ambulancia del 2013 y el ajuste de productividad



Número de *MLN Matters*: MM8156
Número de petición de cambio relacionado: 8156
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: R2620CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) han anunciado una actualización de 0.8 por ciento para el factor de inflación de ambulancia (AIF) para el 2013. Por favor asegúrese de que su personal de facturación tenga conocimiento sobre este ajuste.

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/MM8156.pdf)

[cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8156.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8156.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8156, 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/R2620CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2620, CR 8156

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

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar intereses sobre las reclamaciones totalmente limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2013 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2013.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El Departamento del Tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página web del Departamento del Tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa del 1.375 por ciento es efectiva hasta el 30 de junio de 2013.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar.

Nota: El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

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

Nuevos códigos para VAD externos o cualquier VAD cuyo pago no fue realizado bajo la Parte A de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7888
 Número de petición de cambio relacionado: 7888
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1159OTN
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 3931, emitida el 22 de Julio de 2005, instruye que las reclamaciones para el reemplazo de accesorios y suministros para dispositivos externos de asistencia ventricular (VAD) implantados en pacientes que no fueron elegibles para la cobertura bajo la Parte A de Medicare, o que han tenido otro seguro que haya pagado por el dispositivo y la estadía en el hospital en el momento en el cual el dispositivo fue implantado, deberán ser facturadas utilizando el código de procedimiento L9900. Desde la implementación de la CR 3931, se ha encontrado que el uso del código de procedimiento L9900 ha causado problemas en el procesamiento de las reclamaciones.

Los siguientes códigos nuevos son efectivos para los servicios en o después del 1 de abril de 2013:

- Q0507 Miscellaneous supply or accessory for use with an external ventricular assist device. (Misceláneos de suministro o accesorio para

uso con un dispositivo externo de asistencia ventricular)

- Q0508 Miscellaneous supply or accessory for use with an implanted ventricular assist device. (Misceláneos de suministro o accesorio para uso con un dispositivo implantado de asistencia ventricular)
- Q0509 Miscellaneous supply or accessory for use with any implanted ventricular assist device for which payment was not made under Medicare Part A. (Misceláneos de suministro o accesorio para uso con cualquier dispositivo implantado de asistencia ventricular cuyo pago no fue realizado por la Parte A 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/MM7888.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7888, 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/R1159OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1159, CR 7888

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: 9 de enero de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2630CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Cada año, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) añaden 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

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (continuación)

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 sólo tiene un certificado de exención bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).

Una lista de códigos afectados y un enlace para

descargar el archivo de data de tarifa fija de laboratorio clínico 2013 pueden ser encontrados 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/R2630CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2630, 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.

ICD-10

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emiten instrucciones para la conversión a ICD-10 en las determinaciones de cobertura nacional



Número de *MLN Matters*: MM8109

Número de petición de cambio relacionado: 8109

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de enero de 2013

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1165OTN

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

Comenzando el 1 de octubre de 2014, todos los proveedores que presentan reclamaciones a los contratistas de Medicare deben utilizar el grupo de códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (ICD-10) en la presentación de reclamaciones con Medicare.

Este artículo contiene instrucciones para los contratistas de Medicare y para el mantenimiento del sistema compartido para crear y actualizar las ediciones codificadas del sistema compartido de la determinación de cobertura nacional (NCD) de los códigos de diagnóstico ICD-9 comparable a los códigos de diagnóstico ICD-10.

Esto incluye toda la infraestructura de codificación asociada, tal como códigos de procedimiento, Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS)) y los códigos de *Current Procedural Terminology (CPT®)* (*terminología actual de procedimientos, (CPT®)*), mensajes de denegación, frecuencia de las ediciones, lugar de servicio (POS), tipo de factura (TOB), y especialidades del proveedor.

El artículo incluye hojas de cálculo que contienen los códigos afectados ICD-9 y sus correspondientes códigos ICD-10, ya que se relacionan con sus respectivas NCD, además del resto de la infraestructura de codificación específica para cada NCD.

Se recomienda fuertemente que los proveedores y el personal de facturación se preparen para la conversión del
(Continúa en la página siguiente)

Los Centros... (continuación)

1 de octubre de 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8109.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8109, 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/R1165OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1165, CR 8109

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

Servicios de Rehabilitación

Clarificación de políticas en las reclamaciones para los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF)

Número de *MLN Matters*: MM8127

Número de petición de cambio relacionado: 8127

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de enero de 2013

Fecha de efectividad: 22 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2638CP

Fecha de implementación: 22 de abril de 2013

Resumen

Este artículo clarifica las políticas de Medicare para el procesamiento de reclamaciones de los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF). El artículo contiene información sobre los requerimientos de clasificación de Medicare para el sistema de pago prospectivo (PPS) de los IRF y las pautas para la presentación de reclamaciones en eventos como el cambio de titularidad.

MM8127 también provee clarificación sobre el proceso de verificación en el PPS y los requisitos para los pagos atípicos para los centros de rehabilitación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8127.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8127, 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/R2638CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2638, CR 8127

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

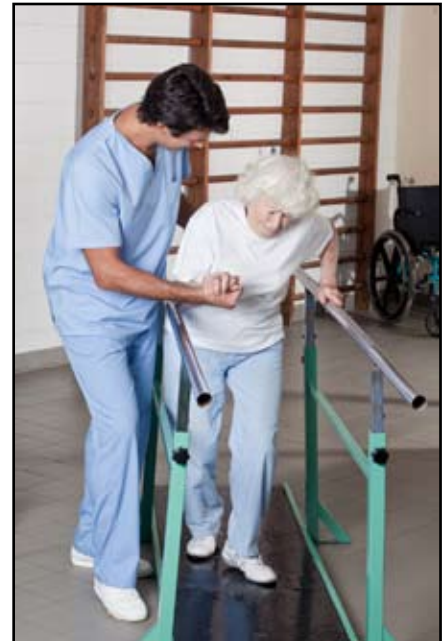
Número de *MLN Matters*: MM8005 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8005
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R165BP y R2622CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

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 y el lenguaje (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
- 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 período de prueba hasta el 30 de junio de 2013. El período 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 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

Tarifas de cargo razonable 2013

La petición de cambio (CR) 8051 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) provee instrucciones para la actualización anual del año calendario (CY) 2013 para tarifa fija de laboratorio clínico y servicios de laboratorio sujeto a pago de cargo razonable.

Código	Concesión				
A4565	8.26	Q4017	8.75	Q4034	64.38
Q4001	47.00	Q4018	13.94	Q4035	12.94
Q4002	177.62	Q4019	4.38	Q4036	32.20
Q4003	33.75	Q4020	6.98	Q4037	15.79
Q4004	116.86	Q4021	6.47	Q4038	39.56
Q4005	12.45	Q4022	11.68	Q4039	7.91
Q4006	28.05	Q4023	3.25	Q4040	19.77
Q4007	6.23	Q4024	5.84	Q4041	19.20
Q4008	14.02	Q4025	36.29	Q4042	32.78
Q4009	8.31	Q4026	113.30	Q4043	9.61
Q4010	18.70	Q4027	18.15	Q4044	16.39
Q4011	4.15	Q4028	56.67	Q4045	11.15
Q4012	9.36	Q4029	27.75	Q4046	17.93
Q4013	15.13	Q4030	73.05	Q4047	5.56
Q4014	25.51	Q4031	13.87	Q4048	8.97
Q4015	7.57	Q4032	36.52	Q4049	2.03
Q4016	12.75	Q4033	25.88		

Fuente: CMS CR 8051

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

Número de *MLN Matters*: MM8133 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8133
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de enero de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2632CP
 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

(Continúa en la página siguiente)

CMS Actualiza... (continuación)

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/R2632CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2632, 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.

Cobertura

CMS emite clarificación sobre la NCD para reemplazo de la válvula aórtica transcáteter

Número de *MLN Matters*: MM8168 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8168
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de enero de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2628CP
Fecha de implementación: 1 de abril de 2013 (excepto el 25 de enero de 2013 para reclamaciones enviadas a aseguradoras/B MAC)

Resumen

En mayo de 2012, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid emitieron una nueva determinación de cobertura nacional (NCD) para reemplazo de la válvula aórtica transcáteter (TAVR), una nueva tecnología que es utilizada en el tratamiento de estenosis aórtica. Esta tecnología es conocida también como implantación de válvula aórtica (TAVI).

Este artículo actualiza los códigos de reemplazo para las reclamaciones TAVR con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2013. También clarifica varios problemas relacionados con pólizas respecto al uso del modificador 62 y los requerimientos de documentación, el criterio del equipo quirúrgico, y las

instrucciones de procesamiento para el manejo de las reclamaciones del plan de atención para TAVR.

Las reclamaciones TAVR con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2013, deben ser facturados con cinco códigos permanentes, categoría 1 del *Current Procedural Technology*® y un código temporero, categoría 3. El artículo lista los seis códigos que fueron reemplazados por cuatro códigos temporeros que expiraron el año pasado. Aquellos códigos aparecieron en la tarifa fija para los médicos de Medicare del 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8168.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8168, 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/R2628CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 000, CR 8168

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.

Resumen de las políticas de la regla final para MPFS en el CY 2013 y la tarifa del sitio de origen del centro de telesalud

Número de *MLN Matters*: MM8191
 Número de petición de cambio relacionado: 8191
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de enero de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2631CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron la regla final que actualiza las políticas de pago y las tarifas de pago de Medicare por servicios prestados por médicos y profesionales de la salud (NPP) que reciben pagos de acuerdo con el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) en el año calendario (CY) 2013. Desde la publicación de la regla final, el Congreso ha evitado la reducción requerida por ley en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud.

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.

Este artículo provee un resumen de 10 políticas impactadas por esta regla final de pago, que incluye una nueva política para pagarle al médico o profesional de la salud para coordinar el cuidado del paciente en los 30 días siguientes a la estadía en el hospital o en el centro de enfermería especializada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8191.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8191, 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/R2631CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2631, CR 8191

Información General

Actualización de CARC, RARC, MREP y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM8154
 Número de petición de cambio relacionado: 8154
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2618CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La petición de cambio (CR) 8154 instruye a los contratistas de Medicare y al mantenimiento del sistema compartido (SSM) a realizar cambios en programación para incorporar los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y los códigos de comentario de remesa de pago (RARC) que han sido agregados desde la última actualización de códigos entregada por la CR 8129 (Transmittal 2521 emitida el 17 de agosto de 2012). También instruye al sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) y al sistema de administración virtual (VMS) de Medicare a actualizar los software PC Print y Medicare Remit Easy Print (MREP) (Impresión fácil de remesa de Medicare) respectivamente.

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.

La CR 8154 no entrega una lista completa de códigos. Usted debe obtener la lista completa de ambos, CARC y RARC, desde el sitio Web de Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-ed.com/Reference>.

Nota: si usted utiliza el software MREP o PC Print, asegúrese de descargar el software actualizado cuando se encuentre disponible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8154.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8154, 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/R2618CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2618, CR 8154

Los proveedores dan la bienvenida a las mejoras de PECOS basado en Internet

Los proveedores de salud que deseen inscribirse en Medicare o actualizar su información podrán hacerlo de manera más fácil gracias a importantes mejoras del Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS).

El sistema PECOS basado en Internet facilita el proceso de inscripción del proveedor de Medicare dando a los proveedores del cuidado de la salud una alternativa más eficiente a la presentación y actualización de su inscripción en Medicare. Con base en los comentarios de la comunidad médica en el año 2012, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ampliaron los tipos y el número de transacciones que los proveedores pueden realizar a través de PECOS.

Ventajas de PECOS

Los proveedores que muevan o cambien cualquier información de su práctica están obligados a actualizar esta información con Medicare. Antes del desarrollo del sistema PECOS basado en Internet, los proveedores tenían que presentar sus aplicaciones en papel. Las mejoras a PECOS han eliminado la necesidad de aplicaciones de papel para la mayoría de los proveedores.

Uno de los beneficios más grandes que notarán los proveedores y sus delegados autorizados sobre las recientes mejoras en PECOS, es la capacidad de proporcionar una firma electrónica y la presentación de la documentación de soporte para la inscripción de proveedores. Los proveedores se darán cuenta de

otros beneficios que incluyen:

- Una vista simplificada en la pantalla llamada “My Enrollments” que muestra la información de inscripción del proveedor;
- La información de inscripción del proveedor/abastecedor relacionada con la última presentación electrónica; y
- Una vista nueva, o de las aplicaciones en progreso, que muestra la información de inscripción del proveedor tal como esta siendo editada en PECOS

Herramientas para usar en PECOS

En la página “My Enrollments”, los proveedores y sus delegados pueden generar la reasignación de reportes mostrando hasta 50 archivos de beneficios asignados. En adición, CMS ha actualizado los videos tutoriales en la página inicial de PECOS para ilustrar cómo tomar ventaja del sistema de mejoras.

Enlaces para empezar en PECOS

Más información acerca de inscripción de proveedores está disponible en el [sitio Web de CMS](#). CMS ha [destacado las ventajas](#) del uso de PECOS basado en Internet y [estableció una página dedicada](#) para que los proveedores se registren por primera vez o ingresen al sistema PECOS.

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

CMS e-News del proveedor de Medicare

Las e-News de los proveedores de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial del *Medicare Learning Network*® (MLN) que contiene el equivalente de una semana de noticias para los proveedores de tarifa fija de Medicare (FFS). CMS envía estos mensajes semanalmente a asociaciones de proveedores nacionales de la industria de salud, quienes entonces distribuyen las e-News a sus miembros según apropiado. Para mejorar la consistencia y para agilizar las operaciones en mensajería a la comunidad del proveedor de FFS a través de todos los canales de información de Medicare, CMS está llevando a cabo un piloto 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 viernes, 4 de enero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-01-04-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 10 de enero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-01-10-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 17 de enero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-01-17-eNews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 24 de enero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-01-24-e-News.pdf>

Fuente: CMS PERL 201301-02, 201301-03, 201301-04, 201301-05

El Presidente... (continuación)

2013). CMS espera que se realice el procesamiento de estas reclamaciones a más tardar el 16 de enero 2013. La retención de la reclamación deberá tener un impacto mínimo en el flujo de caja del médico/profesional, ya que, bajo la ley actual, las reclamaciones electrónicas correctas no se pagan antes de los 14 días calendario (29 para reclamaciones en papel) después de la fecha de recepción. Las reclamaciones con fechas de servicio anteriores al 1 de enero de 2013, no se verán afectadas. Los contratistas administrativos de las reclamaciones de Medicare publicarán las tarifas de pago de MPFS en sus sitios Web a más tardar el 23 de enero de 2013.

El Annual Participation Enrollment Program (programa anual de participación de inscripción) les dio a los médicos elegibles, profesionales y proveedores, la oportunidad de cambiar su estado de participación al 31 de diciembre de 2012. Teniendo en cuenta la nueva legislación, CMS está extendiendo el período anual de la participación en la inscripción del 2013 hasta el 15 de febrero de 2013. Por lo tanto, la participación en las elecciones y los retiros deben ser posteriores en y antes del 15 de febrero de 2013. La fecha efectiva de cualquier cambio de estado de participación elegido por los proveedores durante la extensión se mantiene el 1 de enero de 2013.

Sección 602 - Extension of Medicare Physician Work Geographic Adjustment Floor (extensión del piso de ajuste geográfico de trabajo del médico de Medicare): el índice del costo de 2012 1.0 del piso de ajuste geográfico de trabajo del médico se extiende hasta el 31 de diciembre de 2013. De igual forma que la actualización del pago del médico, esta extensión se verá reflejada en el MPFS revisado del 2013.

Sección 603 - Extension Related to Payments for Medicare Outpatient Therapy Services (extensión relacionada con los pagos para los servicios de terapia para pacientes ambulatorios de Medicare): en la sección 603 se extiende el proceso de excepciones para los límites de terapia para pacientes ambulatorios al 31 de diciembre de 2013. Los proveedores de servicios de terapia para pacientes ambulatorios están obligados a presentar el modificador KX en sus reclamaciones de terapia cuando se solicita una excepción al límite para servicios médicamente necesarios proporcionados hasta el 31 de diciembre de 2013. Además, la nueva ley extiende la aplicación del límite y el umbral para los servicios de terapia proporcionados en un departamento ambulatorio de un hospital (OPD), y cuenta hacia límite y el umbral de servicios de terapia para pacientes ambulatorios proporcionados en un hospital de acceso crítico. La información adicional sobre el proceso de excepción para servicios de terapia se puede encontrar en el Medicare Claims Processing Manual, Pub 100-04, Chapter 5, Section 10.3: <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c05.pdf>.

Los límites de terapia se determinan para un benefi-

ciario con base en el año calendario, de tal manera que todos los beneficiarios comienzan con un nuevo límite para los servicios de terapia para pacientes ambulatorios prestados el 1 de enero de 2013. Para los servicios combinados de terapia física y la patología del habla y el lenguaje, el límite del 2013 para los gastos incurridos de un beneficiario, es de \$1,900. Hay un límite separado para los servicios de terapia ocupacional que es de \$1,900 para el 2013. Los montos del deducible y coaseguro aplicables a los servicios de terapia cuentan para el monto acumulado antes de que se alcance un límite, y también aplica para los servicios por encima del límite cuando se utilice el modificador KX.

La sección 603 también extiende el mandato que Medicare realice una revisión médica manual de los servicios de terapia proporcionados el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2013, por lo cual se solicitó una excepción cuando el beneficiario haya alcanzado un monto en dólares al umbral agregado de \$3,700 para los servicios de terapia, incluyendo servicios de terapia OPD, por un año. Existen dos límites agregados separados anuales de \$3,700: (1) servicios de terapia física y patología del habla y el lenguaje, y (2) servicios de terapia ocupacional.

Sección 604 - Extension of Ambulance Add-On Payments (extensión de los pagos agregados de ambulancia): la sección 604 extiende las siguientes tres provisiones de pago de ambulancia del Job Creation Act: (1) el aumento del 3 por ciento en las cantidades de tarifas fijas de ambulancia por concepto del transporte terrestre de ambulancia que se origina en las zonas rurales y el aumento del 2 por ciento por concepto del transporte terrestre de ambulancia que se originan en las zonas urbanas se proroga hasta el 31 de diciembre 2013; (2) la provisión relativa a los servicios de ambulancia aérea que sigue tratando como un área rural cualquier área que fue designada como rural el 31 de diciembre 2006, para efectos de pago bajo el programa de tarifas fijas de ambulancia, se extiende hasta el 30 de junio de 2013, y (3) la provisión relacionada con el pago de servicios de ambulancia terrestre que aumenta el tipo de tarifa básica para el transporte que se origina en una zona que se encuentra dentro del percentil 25 más bajo de todas las zonas rurales dispuestas por la densidad de población (conocido como el bono "super rural") se extiende al 31 de diciembre de 2013.

Actualmente CMS se encuentra revisando la tarifa fija de ambulancia de Medicare (MAFS) del 2013 para reflejar los requisitos de la nueva ley. Con el fin de dar tiempo suficiente para desarrollar, probar e implementar las MAFS revisadas, las reclamaciones de los contratistas administrativos de Medicare pueden poner en espera las reclamaciones MAFS con fechas de servicio de enero de 2013 y hasta 10 días hábiles (por ejemplo, hasta el 15 de enero de 2013). CMS espera que se realice el procesamiento de estas reclamaciones a más tardar el 16 de enero 2013. La

(Continúa en la página siguiente)

El Presidente... (continuación)

retención de la reclamación deberá tener un impacto mínimo en el flujo de caja del médico/profesional, ya que, bajo la ley actual, las reclamaciones electrónicas correctas no se pagan antes de los 14 días calendario (29 para reclamaciones en papel) después de la fecha de recepción. Las reclamaciones con fechas de servicio anteriores al 1 de enero de 2013, no se verán afectadas.

Los proveedores de los servicios de ambulancia afectados por estas provisiones podrán continuar facturando normalmente.

Sección 605 - Extension of Medicare Inpatient Hospital Payment Adjustment for Low-Volume Hospitals (extensión del ajuste del pago de pacientes hospitalizados para hospitales de bajo volumen): el Affordable Care Act permitió que hospitales calificados de bajo volumen recibieran pagos agregados basados en el número de altas médicas de Medicare. Para calificar, el hospital debe tener menos de 1,600 altas médicas de Medicare y estar a 15 millas o más del hospital más cercano. Esta provisión amplía el

ajuste de pago hasta el 30 de septiembre de 2013, retroactivo al 1 de octubre de 2012. Esté alerta para obtener más información acerca de la aplicación de esta provisión.

Sección 606 - Extension of the Medicare-Dependent Hospital (MDH) Program (extensión del programa hospital dependiente de Medicare): el programa MDH ofrece un pago mejorado para apoyar a los pequeños hospitales rurales de los cuales los pacientes de Medicare representan un porcentaje significativo de días de hospitalización o de altas médicas. Esta provisión amplía el programa de MDH hasta el 1 de octubre de 2013, y es retroactivo al 1 de octubre de 2012. Esté alerta para obtener más información acerca de la aplicación de esta provisión.

Esté alerta para obtener más información acerca del American Taxpayer Relief Act de 2012.

Nota: Si tiene problemas para acceder a cualquier enlace en este mensaje, por favor, copie y pegue la URL en su navegador de Internet.

Fuente: CMS PERL 201301-01



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

Febrero de 2013

Revisión médica prepago de las reclamaciones de hospital -- DRG de pacientes hospitalizados (A/B)

Cuando: 13 de febrero de 2013

Hora: 11:00-12:30 a.m. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Bajo revisión E/M: 99215 y cuidado crítico (B)

Cuando: 20 de febrero de 2013

Hora: 11:30-1:00 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

Marzo de 2013

Medifest 2013 Fort Lauderdale; construyendo una comunidad más fuerte a través de la educación A/B

Cuando: 12-13 de marzo de 2013

Hora: 8:00 a.m.-4:30 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 19 de marzo 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.

Hospital

CMS anuncia la metodología de pago de 2013 para el programa de demostración de hospital rural

Número de *MLN Matters*: MM8076
Número de petición de cambio relacionado: 8076
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2012
Fecha de efectividad: 2 de octubre de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R86DEMO
Fecha de implementación: 22 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid ha implementado los programas Hospital Value-Based Purchasing Program (HVPB) y Hospital Readmission Reduction Program (HRRP) para proveer pagos de incentivo para hospitales cumpliendo con estándares de ejecución comenzando el 1 de octubre de 2012.

Ambos, el HVPB y el HRRP aplicarán a los 23 hospitales participando en la demostración de

hospital de comunidad rural. La MM8076 establece metodologías de pago para estos hospitales participantes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8076.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8076, 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/R86DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 86, CR 8076

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

Cambios de IPPS y PPS de atención hospitalaria a largo plazo para el FY 2013

Número de *MLN Matters*: MM8041 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8041
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de enero de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2627CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio 8041, la cual provee:

- Actualizaciones del año fiscal (FY) 2013 al sistema de pagos prospectivos de hospital (IPPS) y el sistema de pago prospectivo (PPS) de atención hospitalaria a largo plazo, y
- Actualizaciones de FY 2013 a los grupos relacionados de diagnóstico severo de Medicare (MS-DRG) y el editor de código de Medicare (MCE).

Todos los artículos cubiertos en esta instrucción son efectivos para altas hospitalarias ocurriendo a partir del 1 de octubre de 2012, a menos que se indique lo contrario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8041.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8041, 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/R2627CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2627, CR 8041

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.

Pago del cuidado quirúrgico global dividido, en el hospital de cuidado crítico método II, presentado con el modificador 54 y/o 55

Número de *MLN Matters*: MM7872 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7872
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de octubre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2574CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013



Resumen

La petición de cambio (CR) 7872 implementa la metodología de pago para el cuidado quirúrgico global dividido, presentado en el tipo de factura 85x con los códigos de ingreso (revenue codes) 96x, 97x, o 98x con un modificador 54 (solamente cuidado quirúrgico) y/o un modificador 55 (solamente para manejo postoperatorio) para los proveedores de hospitales de acceso crítico (CAH) método II.

Cuando los pagos son reducidos como resultado de aplicar esta lógica de pago de cirugía global, Medicare reflejará esto en la remesa de pago usando el ajuste al código de denegación 59 en la reclamación (procesada con base en las normas múltiples o simultáneas de procedimiento) y el grupo de códigos CO para denotar la obligación contractual.

No hay políticas de cambio anexas a la CR 7872, lo cual simplemente aplica a la lógica actual usada cuando los servicios de cirugía global divididos son facturados en las reclamaciones profesionales para aquellos servicios que son facturados bajo el método II CAH en el tipo de factura 85X con los códigos de ingreso (revenue codes) de 96x, 97x, o 98x.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7872, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2574CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2574, CR 7872

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Pagos Prospectivos

CMS anuncia cambios del editor de códigos ambulatorios integrados

Número de *MLN Matters*: MM8137

Número de petición de cambio relacionado: 8137

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: R2616CP

Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron una serie de cambios en el editor de códigos ambulatorios (I/OCE) y en el sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios comenzando en enero de 2013. Estos cambios incluyen las modificaciones al software I/OCE para mantener 28 trimestres anteriores de los programas, así como las modificaciones a los criterios para la asignación de la clasificación del código ambulatorio compuesto de electrofisiología/ablación.

Se anima a los proveedores a revisar cada una de las actualizaciones identificadas en el anuncio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8137.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8137, 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/R2616CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2616, CR 8137

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.

Entérese primero: Suscríbese a eNews de First Coast

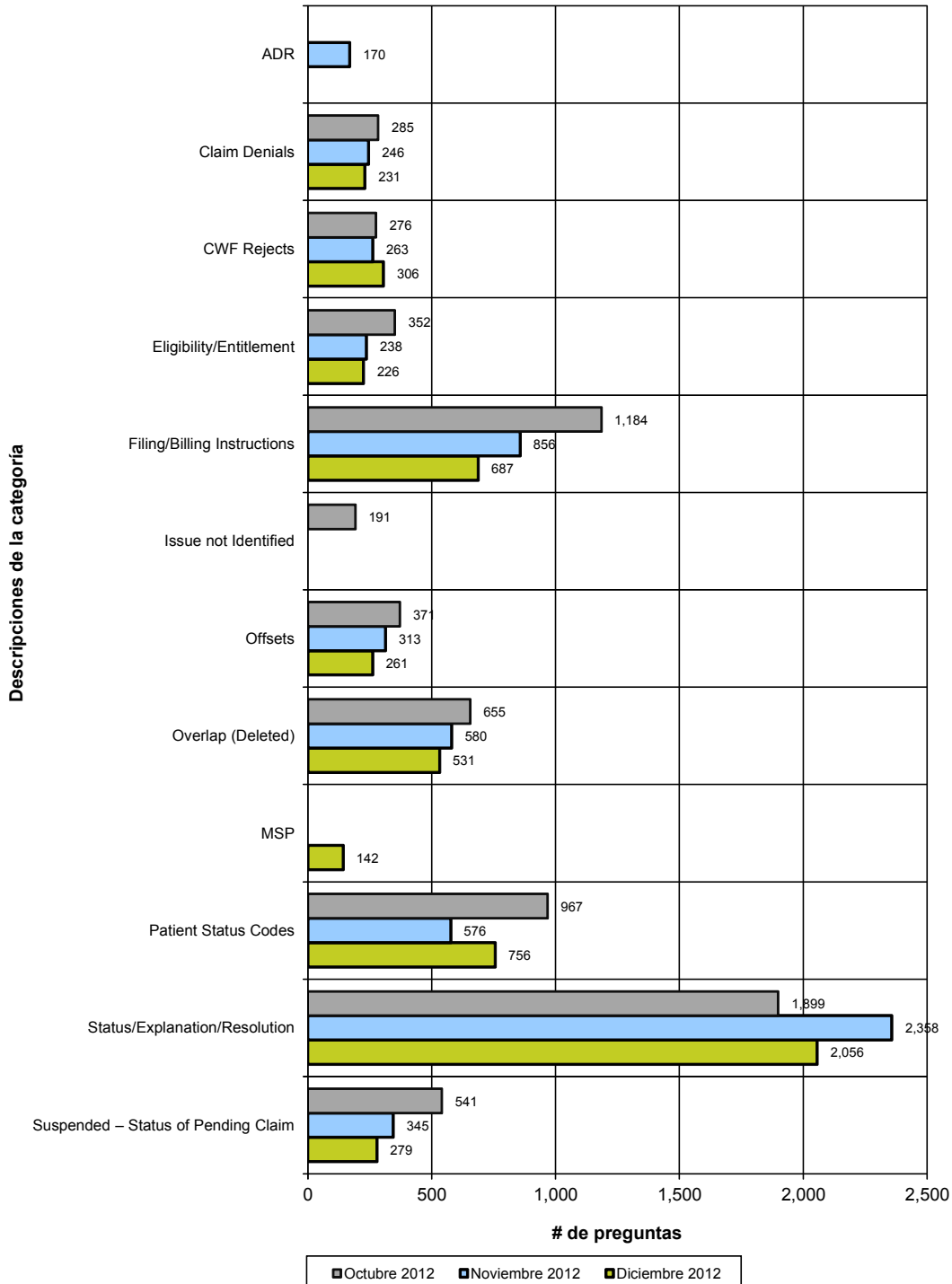
Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese 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: Inscríbese hoy.

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

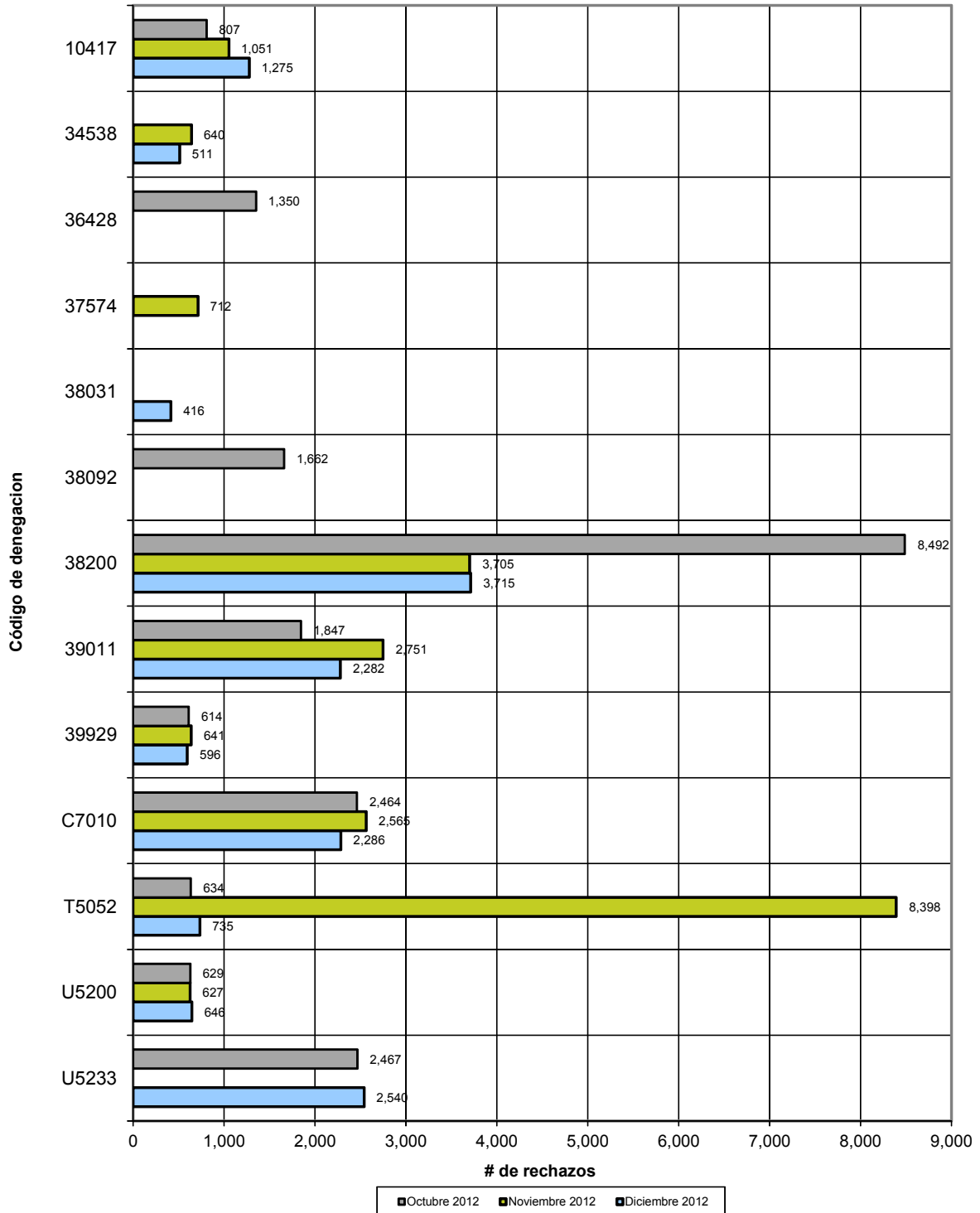
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

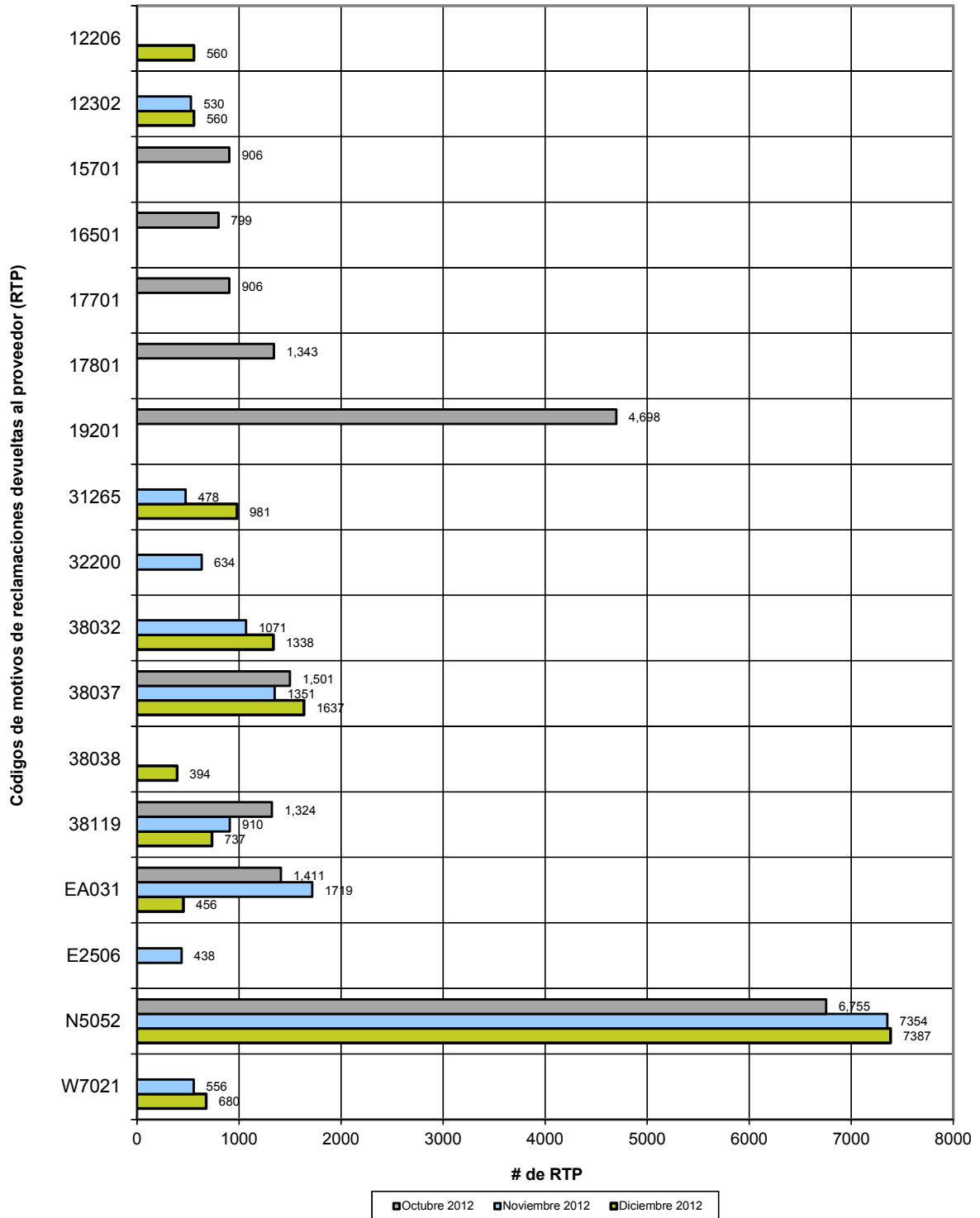
Preguntas de Parte A más frecuentes en octubre-diciembre de 2012



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



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



Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <http://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

A77055: Screening and diagnostic mammography	22
A92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI)	22
A93312: Transesophageal echocardiogram	23
AJ0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications	23
ANCSVCS: Noncovered services (0311T)	24

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

A77055: Screening and diagnostic mammography – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29048 (Florida)

Identificador de LCD: L29049 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la mamografía de detección y diagnóstico fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces se realizó una revisión bajo las secciones de la LCD “CPT/ HCPCS Codes” y “Documentation Requirements” para remover las instrucciones relacionadas con el modificador -GH e incluir las instrucciones para el modificador -GG basadas en el *Medicare Claims Processing Manual*, capítulo 18, sección 20.2-20.6. En adición, fue revisado el anexo “Coding Guidelines” para actualizar las instrucciones para el modificador -GH y agregar instrucciones para el modificador -GG.

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 11 de marzo de 2013**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2002**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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](#).

A92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28982 (Florida)

Identificador de LCD: L29015 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para escaneo computarizado de imágenes de diagnóstico oftálmico (SCODI) fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada basada en una solicitud de reconsideración externa. La sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue revisada para agregar los códigos ICD-9-CM V58.69 y V67.51 con un asterisco, ya que estos códigos de diagnóstico se aplican al código *CPT*® 92134 solamente. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para agregar la siguiente indicación: “seguimiento de los pacientes para el desarrollo de retinopatía por cloroquina (CQ) y/o por hidroxiclороquina (HCQ). Los pacientes en tratamiento con CQ y/o HCQ deben recibir un examen inicial en el primer año de tratamiento y un seguimiento anual tras cinco años de tratamiento. Para los pacientes de alto riesgo, la prueba anual puede empezar inmediatamente (sin un retraso de cinco años).” En adición fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 20 de febrero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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](#).

A93312: Transesophageal echocardiogram – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28996 (Florida)

Identificador de LCD: L29028 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ecocardiograma transesofágico tuvo su más reciente revisión el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada basada en una solicitud de reconsideración externa. La sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue revisada para agregar los códigos ICD-9-CM 427.31 y 427.32. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para agregar la siguiente indicación: “arritmias - evaluación de pacientes con ciertas arritmias cardíacas [fibrilación auricular, flutter auricular] para que los resultados de la prueba influyan en las decisiones del tratamiento. El ecocardiograma transesofágico (TEE) puede complementar la ecocardiografía transtorácica en particular para la evaluación de trombo auricular izquierdo”. En adición, La sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha efectiva

La revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 20 de febrero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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](#).

AJ0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L32110 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biofosfanatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones se revisó recientemente el 9 de mayo de 2012. Desde entonces, fue hecha una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para agregar la nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) “Tratamiento para incrementar la masa ósea en hombres con osteoporosis con alto riesgo de fractura” para Prolia®. Además, fueron actualizadas las secciones de la LCD: “Document Requirements”, “Utilization Guidelines”, y “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de septiembre de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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 (0311T) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

First Coast Service Options Inc. ha hecho una revisión adicional a la determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos basada en la petición de cambio (CR) 7909 (actualización anual de Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] 2013). El código *CPT*® 93799 (Noninvasive assessment of central blood pressure [es decir, SphygmoCor System/Device]) ha sido eliminado de la sección “*CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures*” de la LCD y reemplazado con el código *CPT*® 0311T.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 29 de enero de 2013**, para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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 First Coast (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 prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

Palmetto Government Benefit

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:
888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla
877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)
Impedimento auditivo y del habla
800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Centros de Cirugía Ambulatoria

Actualización del sistema de pago para el año 2013 de los centros de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM8148
 Número de petición de cambio relacionado: 8148
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de diciembre de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2626CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han actualizado el sistema de pago de los centros de cirugía ambulatoria (ASC) de acuerdo con los cambios en el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y las nuevas tarifas de pago para los medicamentos y productos biológicos pagables por separado, incluyendo los descriptores largos para los códigos recientemente creados HCPCS Nivel II para los medicamentos.

MM8148 también alerta a los proveedores sobre las instrucciones de facturación para enero de 2013. Los principales cambios incluyen:

- CMS está estableciendo un nuevo código de procedimiento HCPCS relacionado con el uso de los servicios de braquiterapia para ASC, efectivo el 1 de enero de 2013.
- Varios códigos HCPCS, incluidos aquellos para las drogas, productos biológicos y radiofármacos, han sufrido cambios en sus descriptores de códigos HCPCS y CPT® lo cual será efectivo en el 2013.
- Varios C-codes (códigos C) temporales HCPCS han sido eliminados, efectivo el 31 de diciembre de 2012, y reemplazados con códigos permanentes HCPCS en el 2013.

Se recomienda al personal de facturación prestar mucha atención a una facturación precisa para las unidades de servicio consistentes con las dosis contenidas en los descriptores largos de los códigos HCPCS activos de 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8148.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8148, 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/R2626CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2626, CR 8148

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

Inscripción

Extensión del programa de participación anual de inscripción 2013



CMS está extendiendo el programa de participación anual de inscripción del 2013. La participación en el período de inscripción ahora estará finalizando el 15 de febrero de 2013, en vez del 31 de diciembre de 2012.

Fuente: CMS TDL 13149

Facturación

Actualización trimestral de enero para corregir las ediciones de iniciativa de codificación

Número de *MLN Matters*: MM8135
Número de petición de cambio relacionado: 8135
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: R2617CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8135, la cual les recuerda a los médicos sobre las actualizaciones trimestrales para las ediciones de iniciativa de codificación correcta (CCI). El último paquete de las ediciones de CCI, versión 19.0, es efectivo el 1 de enero de 2013 e incluye todas las versiones previas y las actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

La información adicional acerca de CCI, incluyendo

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

el actual CCI las ediciones del código mutuamente exclusivo (MEC), está disponible 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/MM8135.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8135, 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/R2617CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2617, CR 8135

Laboratorio Clínico

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8146
Número de petición de cambio relacionado: 8146
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de diciembre de 2012
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2619CP
Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

Resumen

La petición de cambio 8146 informa a los contratistas sobre las 24 nuevas pruebas con dispensa agregadas y aprobadas por la Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988. Debido a que estas pruebas se comercializan inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar con precisión las reclamaciones.

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.

Si usted no tiene un certificado válido y actualizado de CLIA y presenta una reclamación a su contratista de Medicare por un código que se considera como una prueba de laboratorio que requiere un certificado CLIA, el pago de Medicare podrá verse afectado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8146.pdf>.

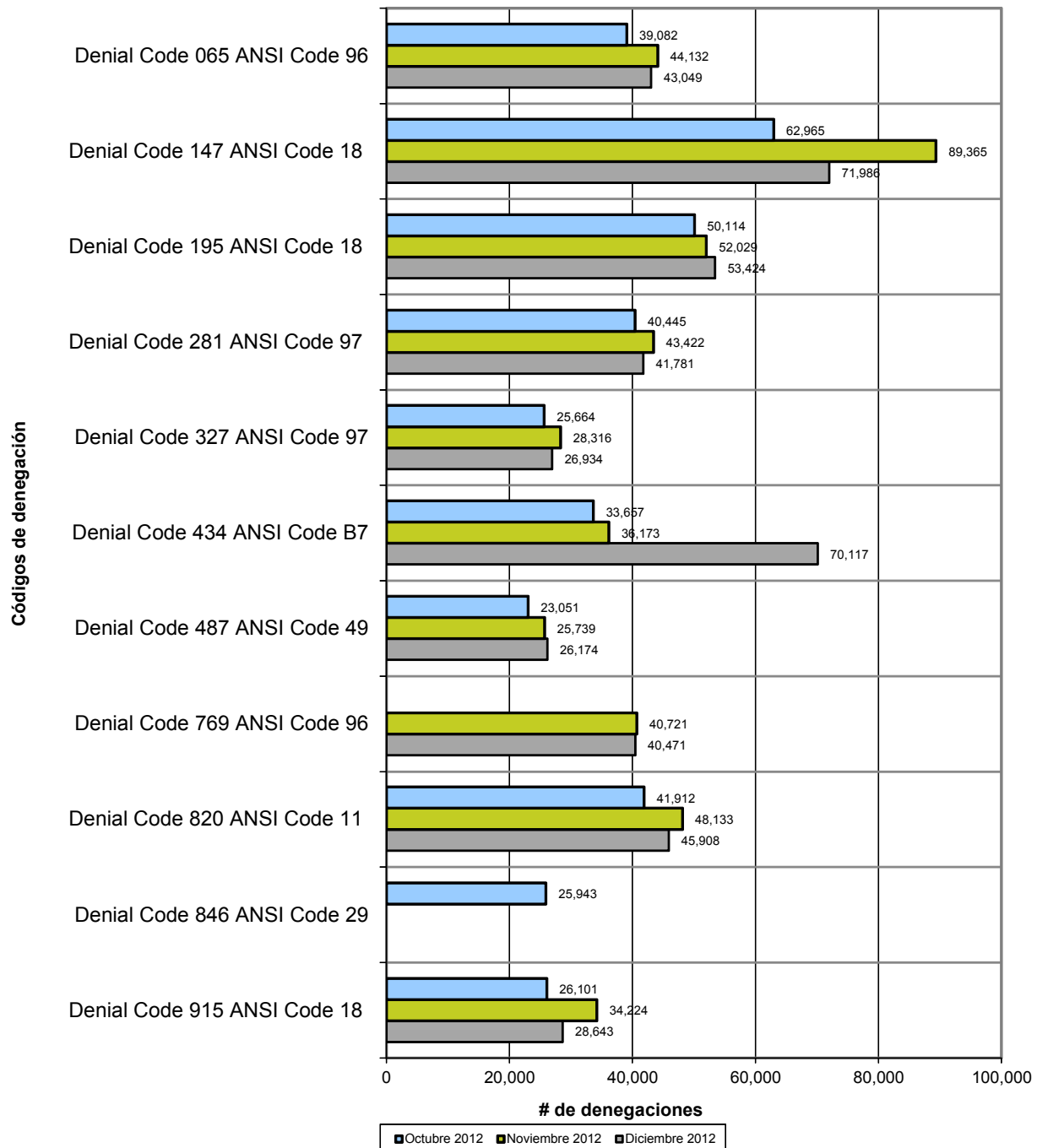
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8146, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2619CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2619, CR 8146

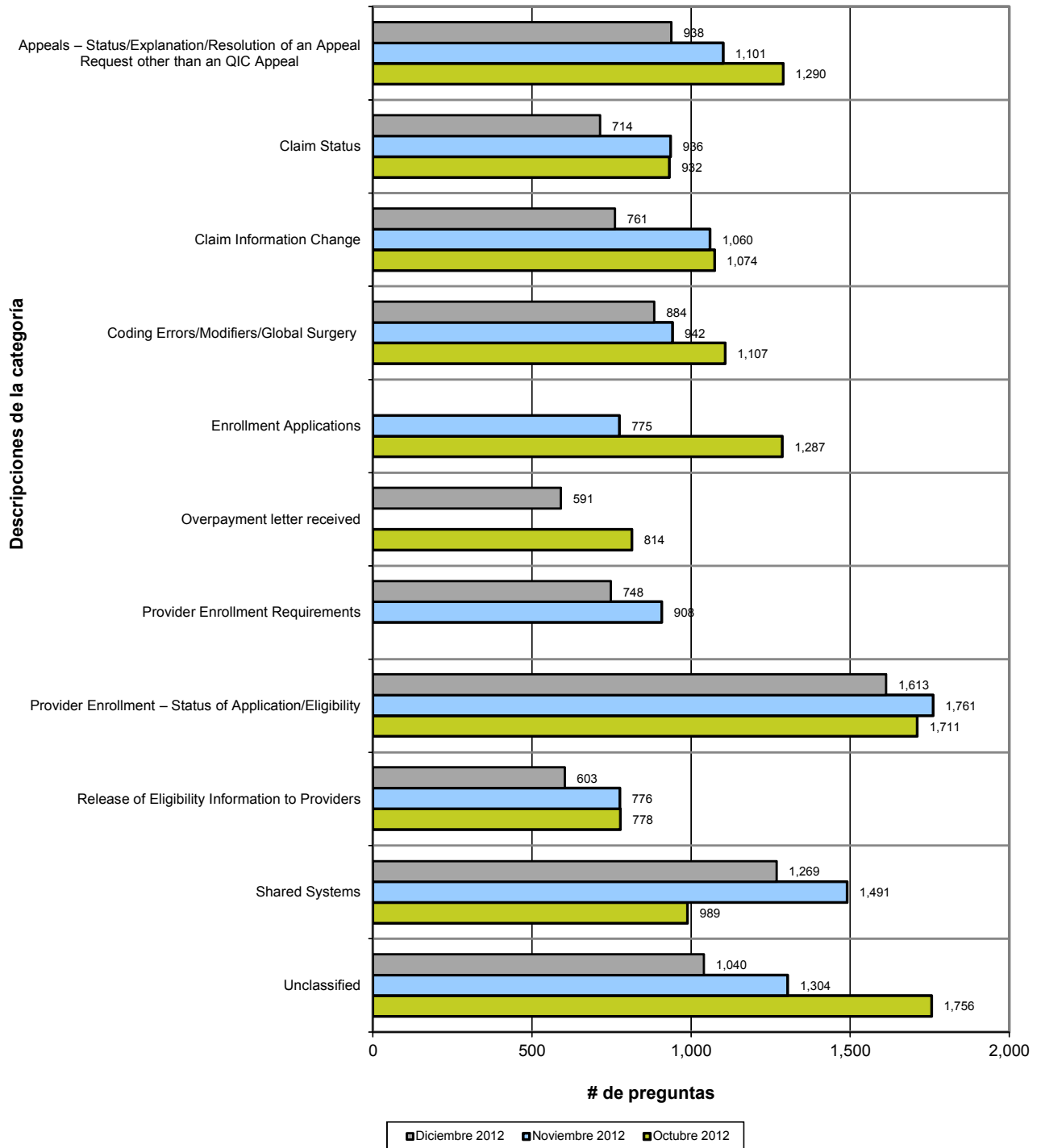
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en octubre-diciembre de 2012

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 octubre a diciembre de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

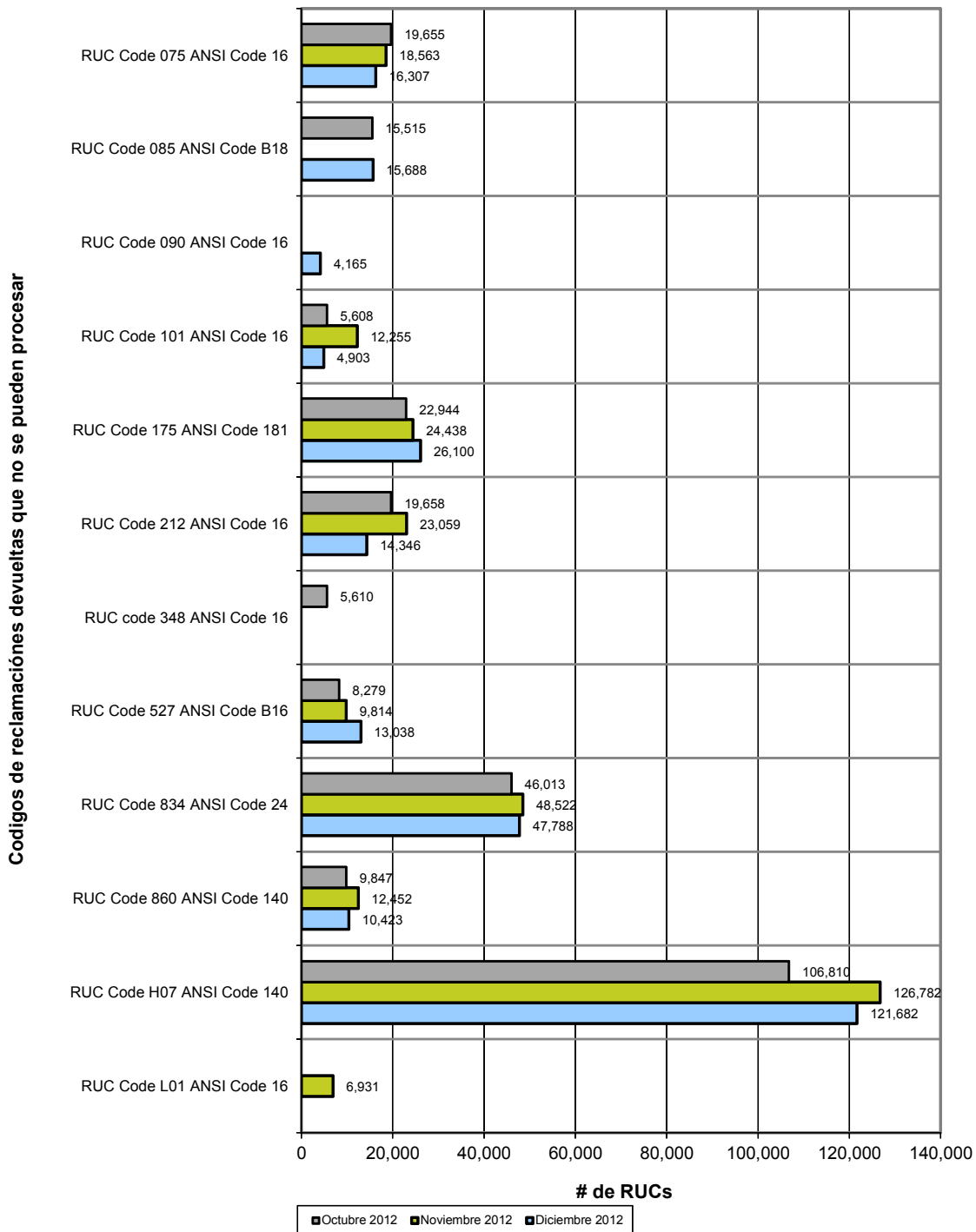
Denegaciones de Parte B más frecuentes en octubre-diciembre de 2012



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



RUC de Parte B más frecuentes en octubre-diciembre de 2012



Determinaciones locales de cobertura

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

77055: Screening and diagnostic mammography	34
92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI).....	34
93312: Transesophageal echocardiogram	35
J0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications	35
NCSVCS: Noncovered services (0311T)	36

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

77055: Screening and diagnostic mammography – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29328 (Florida)

Identificador de LCD: L29329 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la mamografía de detección y diagnóstico fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces se realizó una revisión bajo las secciones de la LCD “CPT/HCPCS Codes” y “Documentation Requirements” para remover las instrucciones relacionadas con el modificador -GH e incluir las instrucciones para el modificador-GG basadas en el Medicare Claims Processing Manual, capítulo 18, sección 20.2-20.6. En adición, fue revisado el anexo “Coding Guidelines” para actualizar las instrucciones para el modificador -GH y agregar instrucciones para el modificador -GG.

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 11 de marzo de 2013**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2002**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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](#).

92132: Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29276 (Florida)

Identificador de LCD: L29473 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para escaneo computarizado de imágenes de diagnóstico oftálmico (SCODI) fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada basada en una solicitud de reconsideración externa. La sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue revisada para agregar los códigos ICD-9-CM V58.69 y V67.51 con un asterisco, ya que estos códigos de diagnóstico se aplican al código CPT® 92134 solamente. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para agregar la siguiente indicación: “seguimiento de los pacientes para el desarrollo de retinopatía por cloroquina (CQ) y/o por hidroxiclороquina (HCQ). Los pacientes en tratamiento con CQ y/o HCQ deben recibir un examen inicial en el primer año de tratamiento y un seguimiento anual tras cinco años de tratamiento. Para los pacientes de alto riesgo, la prueba anual puede empezar inmediatamente (sin un retraso de cinco años).” En adición fue actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha efectiva

La 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. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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](#).

93312: Transesophageal echocardiogram – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29294 (Florida)

Identificador de LCD: L29401 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ecocardiograma transesofágico tuvo su más reciente revisión el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD ha sido revisada basada en una solicitud de reconsideración externa. La sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue revisada para agregar los códigos ICD-9-CM 427.31 y 427.32. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para agregar la siguiente indicación: “arritmias - evaluación de pacientes con ciertas arritmias cardíacas [fibrilación auricular, flutter auricular] para que los resultados de la prueba influyan en las decisiones del tratamiento. El ecocardiograma transesofágico (TEE) puede complementar la ecocardiografía transtorácica en particular para la evaluación de trombo auricular izquierdo.” En adición, La sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha efectiva

La 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. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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](#).

J0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L32100 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biofosfanatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones se revisó recientemente el 1 de mayo de 2012. Desde entonces, fue hecha una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para agregar la nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) “Tratamiento para incrementar la masa ósea en hombres con osteoporosis con alto riesgo de fractura” para Prolia®. Además, fueron actualizadas las secciones de la LCD: “Document Requirements”, “Utilization Guidelines” y “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de septiembre de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica 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 (0311T) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

First Coast Service Options Inc. ha hecho una revisión adicional a la determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos basada en la petición de cambio (CR) 7909 (actualización anual de Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] 2013). El código *CPT*® 93799 (Noninvasive assessment of central blood pressure [es decir, SphygmoCor System/Device]) ha sido eliminado de la sección “*CPT*/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Procedures” de la LCD y reemplazado con el código *CPT*® 0311T.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 29 de enero de 2013**, para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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 First Coast. 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 []				
<i>Escriba de manera legible</i>			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 First Coast (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

Otras Direcciones

Importantes

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 ortóticas

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 educativos

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