

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Febrero 2013



## Doctores y pacientes se benefician del programa de incentivos del registro de salud electrónico

En adición a las compensaciones financieras que están recibiendo del gobierno federal; los proveedores de la salud en Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos inscritos en el programa incentivos del registro de salud electrónico de Medicare, ya están viendo las mejoras en la salud de sus pacientes.

En el 2009, el congreso pasó la ley que fue firmada por el presidente Obama sobre el Health Information for Clinical and Economic Health Act de 2009 (HITECH), la cual estableció un programa de incentivo financiero para promover entre los profesionales de la salud, los hospitales y los hospitales de acceso crítico, la conversión del sistema de mantenimiento de los archivo de historias clínicas de papel a las computadoras, o a los registros de salud electrónicos (EHR).

El programa de incentivos, administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), paga bonos en efectivo a los proveedores de salud a medida que implementan la tecnología certificada EHR en sus prácticas en tres etapas. Para calificar, los proveedores deben estar inscritos para atender a los pacientes de Medicare.

Mientras los proveedores médicos obtienen bonos por la adopción de la tecnología, pueden ser los pacientes quienes reciben los mayores beneficios. Desde los incrementos en vacunas, pasando por la prevención de enfermedades, hasta la reducción de las interacciones con los medicamentos, los pacientes que consultan a los proveedores que utilizan EHR están disfrutando de

## En esta edición

Actualización de códigos de salud en el hogar .....	3
Guía de presentación correcta de reclamaciones .....	5
CMS modifica los archivos de pago .....	11
CMS inicia nuevo requisito para PPS.....	17
Nuevo IUR ayudará a reducir sobrepagos .....	28
Listado de códigos HCPCS 2013 de DMEPOS.....	29
Mejora de MREP.....	31

una mejor salud gracias a la adopción de EHR en los consultorios de sus proveedores.

### Mejoras en la calidad de la atención

“La diferencia más grande es la calidad en la atención. Con esto me refiero a que los pacientes están obteniendo sus vacunas contra la gripe, Tdap, vacuna contra varicela, las vacunas contra la neumonía, las mamografías, tomografías DEXA y colonoscopias,” afirmó Karl Hempel, MD, médico cuya practica está en Tallahassee Primary Care Associates (TPCA).

El Dr. Hempel atribuye este nivel de mejora a uno de los requerimientos del “uso significativo” establecido en la primera fase del programa de incentivos EHR. Para que las prácticas médicas establezcan el “uso significativo”, un porcentaje de los pacientes debe recibir un resumen clínico de su cuidado. El Dr. Hempel se refiere a resúmenes clínicos de su práctica como tarjetas de reporte del paciente.

“Cada paciente que viene, sin importar la razón, obtiene una lista de las vacunas recomendadas o procedimientos en una “tarjeta de informe del paciente”. Este reporte es creado por el software que extrae los datos de los registros de salud electrónicos. Me lleva 10-20 minutos o más revisar la historia médica impresa y proporcionar

*(Continúa en la página 10)*



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



**Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante**

## Partes A y B

### Cobertura y reembolso

Actualización anual de códigos para cumplimiento .....	3
Sumas de pago de oferta competitiva.....	3
Reglas para el uso de códigos en las remesas de pago .....	4
Cobertura de tratamiento obesidad mórbida.....	5

### Facturación

Presentación correcta de reclamaciones .....	5
--	---

### Información General

Códigos para servicios de telesalud 2013 .....	6
Archivo trimestral de precios de medicamentos.....	7
Actualizaciones de direcciones postales de CMS .....	7
Uso de inyecciones de insulina .....	8
Buscador de vacuna para adulto .....	8
Personas mayores afectadas por influenza.....	9

### Tarifa fija

CMS modifica los archivos de pago.....	11
Políticas de la regla final para MPFS en el CY 2013 .....	12
CMS e-News del proveedor de Medicare .....	12

### Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....	13
----------------------------------	----

## Parte A

### Información General

Instrucciones implementación de la Sección 5506 del Affordable Care Act.....	14
Guía de toma de decisiones .....	14

### Facturación

Procesamiento de reclamaciones RNHCI.....	15
Múltiples reclamaciones de hospicio.....	15
CMS ajusta las ediciones de consistencia .....	16

### Hospital

CMS modifica la edición de la ventana de pago de CWF .....	17
--	----

### Pagos Prospectivos

CMS inicia nuevo requisito para PPS .....	17
---	----

### Gráficos

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

### Determinaciones Locales de Cobertura

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

Ordenar materiales de Parte A.....	24
------------------------------------	----

Contactos Parte A de Puerto Rico.....	25
---------------------------------------	----

Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	26
--	----

## Parte B

### Evaluación y manejo

Edición previa al pago de E/M.....	27
------------------------------------	----

### Facturación

Nuevo IUR para reducir sobrepagos.....	28
Pago de incentivo relacionado a autorización previa .....	29
Listado de códigos HCPCS 2013.....	29

### Información General

Cambios para códigos de evaluación .....	30
Denegación de reclamaciones.....	30
Actualización de instrucciones de procesamiento de reclamaciones .....	31
Mejora de MREP.....	31
Códigos sujetos a y excluidos de CLIA.....	32

### Gráficos

Datos procesamiento de reclamación.....	33
---	----

### Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B.....	36
-------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B.....	39
------------------------------------	----

Contactos Parte B de Puerto Rico.....	40
---------------------------------------	----

Contactos Parte B de Florida.....	41
-----------------------------------	----

Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos .....	42
--	----

## Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 2  
Febrero de 2013

### Publications staff

Kathleen Cruz  
Sofía 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© 2012 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. First Coast does not control such sites, and is not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.*

*All stock photographs are used by permission from www.shutterstock.com.*

## Cobertura y Reembolso

### Actualización anual de códigos utilizados para el cumplimiento de la facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM8043

Número de petición de cambio relacionado: CR 8043

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2527CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 8043 es una notificación de actualización periódica que provee la actualización anual de facturación consolidada de salud en el hogar, efectivo el 1 de enero de 2013.

El código de procedimiento A4435 (bolsa de ostomía, drenable, alto rendimiento, con barrera de uso extendido (sistema de una pieza), con o sin filtro, cada uno) está siendo añadido a la lista de suministro de códigos de facturación consolidada de salud en el hogar.

En adición, las descripciones largas están siendo modificadas para remover las palabras “pad size” de los siguientes códigos:

- A6021 Collagen dressing, sterile, size 16 sq. in. or less, each
- A6022 Collagen dressing, sterile, size more than 16 sq. in. but less than or equal to 48 sq. in., each
- A6023 Collagen dressing, sterile, size more than 48 sq. in., each

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8043.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8043, 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/R2527CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2527, CR 8043

*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 anuncia las sumas de pago de la oferta competitiva de DMEPOS para la fase dos y la competencia nacional de pedidos por correo

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) anuncian una sola suma de pago para la fase dos y la competencia nacional de pedidos por correo del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS) en el programa de oferta competitiva de Medicare.

La oficina del actuario de CMS estima que el programa le ahorrará a la Parte B de Medicare \$25.7 billones del fondo fiduciario y a los beneficiarios \$17.1 billones entre el 2013 y el 2022. El programa de precios proyectado a comenzar el 1 de Julio de 2013 le ahorrará a los beneficiarios de Medicare, un promedio de 45 por ciento para ciertos artículos de

DMEPOS, en las principales 91 áreas metropolitanas.

Para información adicional:

- [Comunicado de prensa](#)
- [Hoja informativa](#)
- [Sitio Web de CMS](#)

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

Fuente: CMS PERL 201301-06

## Reglas de operación estándar para el uso de códigos en las remesas de pago

Número de *MLN Matters*: MM8182  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8182  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de febrero de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1187OTN  
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8182 provee instrucciones sobre la implementación de las reglas de operación para el uso de códigos en las remesas de pago electrónicas (ERA) bajo el Patient Protection and Affordable Care Act. **Las mismas reglas también se aplicarán a las remesas de pago en papel (SPR) estándar, ya que Medicare reporta los mismos códigos estándar tanto para los formatos electrónicos como en papel de las remesas de pago.**

El grupo de las reglas de operación incluyen las siguientes normas:

1. Phase III CORE 380 EFT Enrollment Data Rule (regla de datos de inscripción)
2. Phase III CORE 382 ERA Enrollment Data Rule (regla de datos de inscripción)
3. Phase III Core 360 Uniform Use of Claim Adjustment Reason Codes and Remittance Advice Remark Codes (835) Rule. (Regla del uso uniforme de los códigos de adjudicación y denegación de reclamación y de los códigos de comentario de la remesa de pago)
4. CORE-required Code Combinations for CORE-defined Business Scenarios for the Phase III Core Uniform Use of Claim Adjustment Reason Codes and Remittance Advice Remark Codes (835) Rule. (Regla CORE-combinaciones de códigos requeridos para escenarios de negocios CORE definidos para la fase III uso uniforme de los códigos de adjudicación y denegación de reclamación y de los códigos de comentario de la remesa de pago (835))
5. Phase III CORE 370 EFT & ERA Reassociation (CCD+/835) Rule (regla de reasociación); y (6) Phase III CORE 350 Health Care Claim Payment/Advice (835) Infrastructure Rule. (regla de infraestructura (835) pago/remesa de reclamación de salud)
6. Phase III CORE 350 Health Care Claim Payment/Advice (835) Infrastructure Rule (regla de infraestructura (835) pago/remesa de reclamación de salud)

La CR 8182 se centra en las reglas número 3 y 4 bajo la regla de operación Phase III Core 360.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8182.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8182, 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/R1187OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1187, CR 8182

*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)



## Cobertura local y nacional en relación al tratamiento de obesidad mórbida

Número de *MLN Matters*: MM8028 Revisada  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8028  
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2013  
Fecha de efectividad: 27 de junio de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R150NCD, R2641CP  
Fecha de implementación: 28 de febrero de 2013

### Resumen

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 27 de junio de 2012, los contratistas pueden determinar la cobertura de gastrectomía en manga laparoscópica independiente (stand-alone laparoscopic sleeve gastrectomy [LSG]) para el tratamiento de condiciones co-mórbidas relacionadas a la obesidad cuando los beneficiarios de Medicare han cumplido con todas las siguientes condiciones:

- Índice de masa corporal (BMI)  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>
- Al menos una comorbilidad relacionada a la obesidad

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 150, CR 8028 y 100-04, Transmittal 2641, CR 8028

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

- Previamente sin éxito con el tratamiento médico para la obesidad

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

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8028, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R150NCD.pdf>. <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2641CP.pdf>.

## Facturación

## Guía para la presentación correcta de reclamaciones cuando están involucrados pagadores secundarios

Número de *MLN Matters*: SE1217  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Este artículo de *MLN Matters*® provee consejos sobre cómo asegurar la presentación de reclamaciones de manera precisa y pago a tiempo, proveedores, médicos y otros suplidores deben:

- Colectar la información completa del seguro de salud del beneficiario en cada visita al consultorio, visita ambulatoria, y admisión de hospital.
- Identifique el pagador primario antes de la

presentación de una reclamación, y facturar al pagador responsable adecuado por los servicios relacionados.

- Utilice códigos de diagnósticos correctos y específicos, especialmente para reclamaciones relacionadas a accidentes.

**Recuerde:** Una reclamación debidamente presentada previene a los contratistas de Medicare de denegar reclamaciones inadecuadamente y acelera el proceso de pago.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1217.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1217

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

## Información General

### Códigos agregados para servicios de telesalud de Medicare para el 2013

Número de *MLN Matters*: MM7900 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 7900  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de febrero de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R167BP y R2657CP  
 Fecha de implementación: a más tardar el 25 de enero de 2013

#### Resumen

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



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

**Nota:** este artículo ha sido actualizado para reflejar el lanzamiento del código del HCPCS (G0459) para el manejo farmacológico de telesalud para pacientes hospitalizados.

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7900, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R167BP.pdf>.  
<http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2657CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 167, CR 7900 y 100-04, Transmittal 2657, CR 7900.

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

## Archivo trimestral de precios de medicamentos de Medicare Parte B ASP de abril 2013 y revisiones a archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM8161  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8161  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de diciembre de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2624CP  
Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8161 implementa el archivo de precios de medicamentos de Medicare Parte B de precio promedio de venta (ASP) de abril 2013 y los archivos revisados de enero 2013, octubre 2012, julio 2012 y abril 2012.

Medicare utilizará los archivos trimestrales de precios de medicamentos de Medicare Parte B ASP de abril de 2013 para determinar el límite de pago para reclamaciones para medicamentos de Medicare Parte B pagable por separado procesado o vuelto a procesar a partir del 1 de abril de 2013, con fechas de servicio desde el 1 de abril de 2013, hasta el 30 de junio 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/MM8161.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8161, 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/R2624CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2624, CR 8161

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

## Actualizaciones de direcciones postales de CMS para aprobación y certificación de angioplastia transluminal percutánea (PTA)

Número de *MLN Matters*: MM8199  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8199  
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de febrero de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R151NCD  
Fecha de implementación: 11 de marzo de 2013

### Resumen

Proveedores buscando cobertura de Medicare para procedimientos de las arterias tienen que presentar documentación escrita certificando que su centro cumple con los estándares mínimos identificados en la Sección B4 de la determinación de cobertura local para angioplastia transluminal percutánea (PTA).

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid está cambiando la dirección postal para presentar documentación:

Director, Coverage and Analysis Group  
7500 Security Boulevard, Mailstop S3-02-01  
Baltimore, MD 21244.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8199.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8199, 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/R151NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 151, CR 8199

*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.*

## Se recomienda a los proveedores revisar el uso de inyecciones de insulina

De acuerdo a CMS, los pacientes continúan corriendo el riesgo de estar expuestos a agentes patógenos transmitidos por la sangre a través del uso inadecuado de inyecciones de insulina por más de un paciente. CMS citó el ejemplo de un centro en Buffalo, New York, el cual envió cartas por correo a 1,915 pacientes dejándoles saber sobre una exposición potencial a la inyección de insulina de otro paciente.

De acuerdo a la Food and Drug Administration, los cartuchos de las inyecciones de insulina pueden contener sangre después de una sola inyección. Una vez inyectada, las inyecciones son potencialmente contaminadas con el retorno de sangre al contenedor de insulina. Las inyecciones están diseñadas para usarse por un sólo paciente, aunque contienen múltiples dosis de insulina.

### Recomendaciones de CDC

Los Centros de Control y Prevención de enfermedades (CDC) recomiendan los siguientes pasos para prevenir la transmisión de enfermedades de la sangre con el uso de inyecciones de insulina:

*La información contenida dentro de este artículo fue previamente publicada en una edición semanal de “CMS Medicare FFS Provider e-News.”*

- Las inyecciones de insulina que contienen múltiples dosis de insulina están destinadas a un sólo uso. Aun cuando las agujas son cambiadas, las inyecciones nunca deben ser utilizadas para más de una persona.
- Rotule cada inyección con el nombre del paciente u otros identificadores para verificar que la inyección correcta está utilizada.
- Regularmente revise las políticas y procedimientos y eduque el personal de cuidado sobre el uso seguro de las inyecciones de insulina.
- Notifique inmediatamente y ofrezca el cuidado de seguimiento apropiado incluyendo pruebas de agentes patógenos transmitidos por la sangre para cualquier paciente expuesto al uso múltiple de inyecciones de insulina.

Para más información, vea el enlace a la carta consultiva de CMS sobre el uso de inyecciones de insulina.

## Buscador de vacuna para adulto en línea libre de costo

El *HealthMap Vaccine Finder*, manejado por HealthMap, una división del Boston Children’s Hospital y Harvard Medical School, lista más de 50,000 localidades a través del país que ofrecen vacunación contra la influenza. Los consumidores pueden buscar lugares donde pueden obtener vacunación contra la influenza dentro o cerca de su código postal. Más de 125,000 consumidores ya han utilizado esta página útil desde agosto de 2012. El sitio web ahora ha expandido para incluir 10 vacunas de adultos.

### Cómo registrar su localidad

Si usted está interesado en dejarle saber al público sobre las vacunas ofrecidas en su práctica o clínica, usted puede registrar su localidad en <https://flushot.healthmap.org/admin/signup/>. Una vez se haya registrado en el sitio, usted puede cargar la información para que los consumidores accedan acerca de localidades de vacunación en su área. Usted también puede añadir otra información accesible al consumidor tales como horas de oficina, información de contacto y requisitos de edad del paciente. El uso del sitio web es libre de costo para consumidores así como también para los proveedores de servicios de inmunización de adultos.

**Nota:** En 2012, Google le pasó el relevo a HealthMap cuando retiraron el buscador de vacuna de influenza de Google. Google ha trabajado de cerca con HealthMap mientras han creado el nuevo buscador de vacuna de HealthMap. Si anteriormente usted ha provisto información para el buscador de vacuna de influenza de Google, usted tendrá que registrarse y cargar su información de localidad a HealthMap.

*Información contenida dentro de este artículo se publicó anteriormente en una edición semanal de “CMS Medicare FFS Provider e-News.”*

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



## Personas mayores entre los grupos más afectados por la influenza esta temporada

Ha sido reconocido por muchos años que las personas mayores de 65 años y mayores están en un mayor riesgo de complicaciones serias por influenza comparado con adultos jóvenes y saludables. Un alto porcentaje de muertes y hospitalizaciones relacionadas a la influenza estacional ocurren cada año en personas de 65 años y mayores.



Debido al impacto severo que la temporada de influenza actual está teniendo en personas de 65 años y mayores en los Estados Unidos, los Centros de control y prevención de enfermedades (CDC) está aumentando las comunicaciones hacia los médicos que atienden a personas mayores así como también a las personas de 65 años de edad y mayores. El CDC está preocupado particularmente de que estas personas en alto riesgo busquen cuidado y reciban tratamiento para la infección de influenza con medicamentos antivirales inmediatamente.

La Dra. Alicia Fry, de la División de influenza de CDC, le recuerda a todos a tomar medidas diariamente para evitar enfermarse con la influenza. “Lo más importante de estas medidas diarias es mantenerse alejado de personas quienes están o pueden estar enfermos” dice Fry. “Hay muchas personas contaminadas con la influenza ahora mismo,” dice Fry. “Así que si sus nietos u otros miembros de la familia están enfermos con síntomas como de influenza, considere esperar verlos hasta después que se recuperen.”

### Información adicional

Revise el material publicado en su totalidad en:

- [Actualización 2012-2013 sobre influenza de CDC para geriatras y otros médicos que atienden a personas de 65 años y mayores](#)
- [La temporada de la influenza continúa; personas mayores grandemente afectadas](#)
- [Personas mayores entre los grupos más afectados por esta temporada de influenza](#)

La información contenida dentro de este artículo fue previamente publicada en una edición semanal de “CMS Medicare FFS Provider e-News.”

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



### Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

¿Quién tiene el poder para mejorar su precisión y eficiencia de facturación? Usted – visite la sección de *Improve Your Billing* donde descubrirá las herramientas que necesita para aprender a como siempre facturar a Medicare correctamente – la primera vez. Usted encontrará los recursos de auto auditoría más populares de First Coast, incluyendo la hoja de cálculos interactiva de E/M, el reporte de resumen de data del proveedor (PDS), y el reporte de facturación comparativo (CBR).

## Doctores... (continuación)

estas recomendaciones escritas para los pacientes. Los pacientes que necesitan vacunas las reciben incluso antes de entrar al consultorio “, aseguró el Dr. Hempel.

TPCA fue una de las primeras prácticas médicas en el norte de Florida en implementar el programa de incentivos de Medicare EHR. En diciembre de 2011, el Dr. Hempel denominó al Center for the Advancement of Health IT un “uso significativo de vanguardia” por el esfuerzo de su práctica en la conversión de los registros de pacientes a los registros médicos electrónicos.

### ¿Qué es el “uso significativo”?

El “Uso significativo” se define como el grado en el que un proveedor utiliza los registros electrónicos para llevar a cabo su práctica clínica tal como la prescripción de recetas o las ordenes para exámenes médicos, el seguimiento del estado de salud del paciente, o la presentación de las medidas clínicas de calidad a través de sistemas electrónicos.

“Proporcionar un resumen clínico es uno de los requisitos para el uso significativo” afirma Kenneth Dunn, gerente del uso significativo para el South Florida Regional Extension Center (SFREC).

“Estos resúmenes están ayudando a mejorar el cumplimiento con la toma de medicamentos. Con la población de Medicare, los resúmenes son también una excelente fuente de información para los familiares y los encargados de revisar la salud de los pacientes después de volver a casa. “

El SFREC recibió un subsidio del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) en el 2010 para ayudar a los más de 3,000 profesionales de la salud con la adopción de los EHR en su práctica.

El Sr. Dunn dice que el proceso no es complicado como algunas prácticas creerían en un principio. “Muchas medidas del uso significativo ya están siendo recogidas. Lo que cambia es la forma en que los datos se están recopilando. EHR mejora la forma en la que los consultorios recogen y recuperan la información del paciente eliminando varios pasos en el proceso “, dijo Dunn.

El Sr. Dunn señala las mejoras administrativas que las oficinas experimentan una vez son implementadas las EHR. “Muchas de las prácticas que implementan EHR están eliminando las tarjetas de seguimiento de citas mediante el registro de la fecha y la hora para la próxima cita en el resumen clínico”, aseguró.

“Los médicos ya no están trabajando con “super bill”. Ahora pueden seleccionar los códigos de E/M en medio de la visita del paciente. Una vez recolectados los datos que hay en el sistema, se requieren pocas o ninguna medida administrativa adicional para el personal que se encuentra a cargo de la facturación”.

Mientras se hacen evidentes las mejoras en la calidad en la atención a los pacientes, y la eficiencia administrativa en sus oficinas, las prácticas del cuidado de la salud también se están beneficiando en gran parte de los pagos de incentivos de CMS para convertirse a los registros de salud electrónicos.

### Pago de incentivos a proveedores

Desde enero de 2011, 180,000 proveedores del cuidado de la salud han recibido \$10.3 billones en pagos por participación en los programas de incentivo EHR. Esto incluye cerca de 14 mil proveedores individuales y 91 hospitales en Florida. Los profesionales individuales de la salud elegibles para el programa, incluyen a médicos, odontólogos, podólogos, optometristas y quiroprácticos. Estos proveedores en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos son elegibles, sin embargo, los hospitales de estas locaciones tienen prohibido recibir los incentivos EHR.

Bajo las normas establecidas por CMS, cada profesional de la salud (EP) elegible puede recibir pagos de \$18,000 este año y hasta \$44,000 en el marco de cinco años, por parte del programa de incentivo EHR de Medicare. Los incentivos adicionales en efectivo están disponibles para los proveedores de servicios de salud en un área de escasez de profesionales de la salud. Los proveedores elegibles todavía pueden registrarse para los programas de incentivos y ganar hasta \$39,000 en pagos por participación para el 2013-2016.

Para recibir los pagos de incentivos en 2013 y evitar los recortes de los pagos en el año 2015, los proveedores también deben demostrar el “uso significativo” de la tecnología certificada EHR. A partir del 2015, los profesionales de la salud inscritos en Medicare que no logren demostrar exitosamente el “uso significativo” de los registros electrónicos de salud en su práctica clínica, podrán ver una reducción en el pago de Medicare por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

Los proveedores de la salud que atienden a los beneficiarios de Medicare están obligados a demostrar, a más tardar el 28 de febrero, que alcanzaron el “uso significativo” si desean recibir los pagos máximos de los incentivos para la conversión de los registros de salud del paciente a los sistemas electrónicos.

Para más información acerca de cómo comenzar en el programa de incentivos, [haga clic aquí](#).

(Continúa en la página siguiente)

## Doctores... (continuación)

CMS también inició el programa de incentivos para que implementen los archivos de salud electrónicos. Los hospitales podrán ganar entre \$2 millones y \$6 millones en pagos hasta el 2015. Noventa y un hospitales de Florida han recibido pagos a través del programa de incentivos EHR. Los hospitales de los territorios de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, no son elegibles para los incentivos.

Más información acerca de los incentivos de registros de salud electrónicos de Medicare está disponible en el sitio Web de First Coast Service Options Inc. en <http://medicareespanol.fcso.com/EHR/index.asp>.

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

Fuente:

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid - Programa de incentivo EHR

<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/index.html>

Community Health Centers Alliance

<http://www.chcalliance.org/>

South Florida Regional Extension Service

<http://www.southfloridarec.org/>

Tallahassee Primary Care Associates

<http://www.tallahasseeprimarycare.com/>

## Tarifa Fija

# CMS modifica los archivos de pago para la base de datos del Medicare physician fee schedule 2013

Número de *MLN Matters*: MM8143

Número de petición de cambio relacionado: CR 8143

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de febrero de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2651CP

Fecha de implementación: No más tarde del 25 de enero de 2013

## Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente modificaron los archivos de pago de la base de datos de las tarifas fijas para médicos de Medicare (MPFS) para reflejar desde la notificación de corrección de la regla final y cambios hechos a las tarifas con la aprobación del American Taxpayer Relief Act de 2012.

Actualizaciones específicas fueron hechas a algunos trabajos médicos, gastos de práctica y unidades de valor relativo de negligencia médica (RVU). También, los archivos de data modificados reflejan la actualización de cero por ciento al factor de conversión de 2013 y los extensores de área de trabajo del índice de costo de práctica geográfica [Geographic Practice Cost Index (GPCI)] neutral no presupuestarios.

Cambios han sido efectuados a algunos indicadores de pago del código de sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para poder reflejar la política de pago apropiada.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8143.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8143, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2651CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2651, CR 8143

*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 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8191  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2653CP  
 Fecha de implementación: 25 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.

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/R2653CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2653, CR 8191

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

## CMS e-News del proveedor de Medicare

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

CMS e-News para el jueves, 31 de enero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/Enews-2013-01-31.pdf>

CMS e-News para el jueves, 7 de febrero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-02-07-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 14 de febrero de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-02-14-eneews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201301-06, 201302-01, 201302-02

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Marzo de 2013

Lugares de servicios para servicios médicos (Parte B) (español).

Cuando: 7 de marzo de 2013

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

Tipo: Webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** español

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

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

Cuando: 19 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, 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, Islas Vírgenes de EE.UU.

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B

Cuando: 20 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, Islas Vírgenes de EE.UU.

### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_

Título del registrante: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcso.com> para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.) o llame a la línea de inscripción urgente de educación al proveedor de First Coast 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.

**Información General**

**CMS clarifica instrucciones para la implementación de la Sección 5506 del Affordable Care Act**

Número de petición de cambio: 7746  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero de 2013  
 Fecha de efectividad: 4 de marzo de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1171OTN  
 Fecha de implementación: 4 de marzo de 2013

**Resumen**

La petición de cambio (CR) 7746 provee instrucciones para los contratistas de Medicare sobre cómo modificar los informes de costo para los hospitales recibiendo vacantes reasignadas de Medical Education (GME) o Indirect Medical Education (IME) según indicado por la Sección 5506 del Affordable Care Act.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) no están requiriendo que los hospitales presenten informes de costo modificados para incorporar los aumentos de límite de la Sección 5506 que son efectivos retroactivamente y afectan los informes de costo que ya han sido presentados..

**Información adicional**

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7746, 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/R1171OTN.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1171, CR 7746

**Guía en la toma de decisiones en la admisión de hospital de pacientes hospitalizados**

Número de *MLN Matters*: SE1037 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

**Resumen**

Para asistir a los hospitales con relación a la toma de decisión en la admisión de pacientes hospitalizados, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proveen este artículo de la edición especial de *MLN Matters*®.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1037.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1037

*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

### Instrucciones de procesamiento de reclamaciones actualizadas para instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud (RNHCI)

Número de *MLN Matters*: MM8186

Número de petición de cambio relacionado: CR 8186

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de febrero de 2013

Fecha de efectividad: 9 de mayo de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2654CP

Fecha de implementación: 9 de mayo de 2013

#### Resumen

El *Medicare Claims Processing Manual* ha sido actualizado con instrucciones revisadas sobre reclamaciones para servicios provistos por instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud (RNHCI) para los beneficiarios de Medicare.

La petición de cambio (CR) 8186 resume las revisiones en los procedimientos de contrato de Medicare así como también ajustes en el formulario de reclamación UB-04 y conjuntos de códigos relacionados a centros de RNHCI. También provee clarificación sobre codificación de reclamaciones RNHCI cuando el beneficiario ha agotado sus días de beneficio de hospitalización.

En adición a estos cambios, el manual ha sido actualizado para reflejar el cambio de procesamiento de reclamaciones de RNHCI de un intermediario fiscal (FI) de especialidad a un volumen de trabajo de especialidad bajo una jurisdicción del contratista administrativo de Medicare (MAC).

Los centros de RNHCI proveen sólo artículos y servicios de enfermería no médicos a beneficiarios quienes decidan confiar únicamente en un método de sanidad religioso, y la aceptación de los servicios médicos sería inconsistente con sus creencias religiosas.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8186.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8186, 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/R2654CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2654, CR 8186

*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 clarifica el proceso para denegar múltiples reclamaciones de hospicio en el mismo mes

Número de *MLN Matters*: MM8142

Número de petición de cambio relacionado: CR 8142

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2642CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

#### Resumen

El *Medicare Claims Processing Manual* limita el número de reclamaciones que las organizaciones de hospicio pueden facturar a Medicare para cada beneficiario a uno por mes.

La petición de cambio (CR) 8142, clarifica el proceso para devolver reclamaciones de hospicio al proveedor cuando el hospicio presenta más de una reclamación por mes por beneficiario o cuando el hospicio ha presentado las reclamaciones abarcando más de un mes calendario, efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2013.

No hay cambio en política con la CR 8142.

(Continúa en la página siguiente)

## CMS clarifica...(Continuación)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8142.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8142, 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/R2642CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2642, CR 8142

*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 ajusta las ediciones de consistencia del sistema compartido de los intermediarios fiscales (FISS) para las clínicas de salud rural

Número de *MLN Matters*: MM8171

Número de petición de cambio relacionado: CR 8171

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de febrero de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2648CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8171 informa a los contratistas de Medicare acerca de los cambios previamente implementados en las ediciones de consistencia para reforzar la correcta facturación en la asistencia del identificador nacional del proveedor (NPI) en reclamaciones con el tipo de factura 71x.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid están actualizando las ediciones de consistencia para eximir a las clínicas de salud rural (RHC) que se encuentran inscritas bajo su NPI individual tipo-1. CMS ha encontrado numerosos proveedores de RHC que facturan reclamaciones institucionales las cuales califican para usar el NPI tipo 1 como el proveedor de facturación y como el NPI del médico que atiende.

La implementación de la modificación de esta edición permitirá que las reclamaciones sean procesadas sin retraso.

Los médicos y otros profesionales de la salud con una empresa unipersonal deben obtener un NPI para ellos mismos como un Entity type 1 (Individual) (entidad tipo 1). No existe un NPI separado para una empresa unipersonal. Cuando un proveedor o una empresa unipersonal factura a Medicare, los proveedores pueden utilizar sólo su NPI para identificarse a ellos mismos como el proveedor que factura/paga y como el proveedor que presta el servicio.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8171.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8171, 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/R2648CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2648, CR 8171

*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.*



## Hospital

### CMS modifica la edición de la ventana de pago en el archivo común de trabajo (CWF) para la lista de servicio diagnóstico

Número de *MLN Matters*: MM8046  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8046  
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1169OTN  
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

#### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) modificarán la edición de la ventana de pago en el archivo común de trabajo (CWF) de Medicare para actualizar la lista de servicio diagnóstico.

Los códigos HCPCS 93451-93464, 93503, 93505, 93530-93533, 93561-93568, 93571-93572, G0275, y G0278 presentados para los códigos de ingreso 0481 y 0489, estarán incluidos en las ediciones de la ventana de pago diagnóstico.

*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.*

Esta provisión no aplica a servicios de ambulancia y mantenimiento de diálisis renal. En adición, los servicios de la Parte A prestados por los centros de enfermería especializada, agencias de salud en el hogar, y hospicios están excluidos de las provisiones de la ventana de pago.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8046.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8046, 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/R1169OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1169, CR 8046

## Pagos Prospectivos

### CMS inicia un nuevo requisito de reporte de data para reclamaciones del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM8136  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8136  
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de febrero de 2013  
Fecha de efectividad: episodios de salud en el hogar en o después del 1 de julio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2650CP  
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

#### Resumen

Comenzando con servicios provistos a partir del 1 de julio de 2013, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) requerirán agencias de salud en el hogar (HHA) para reportar nuevos códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) indicando la localidad de donde se prestan  
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2650, CR 8136

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

los servicios de salud en el hogar.

El nuevo requisito de reporte también incluye códigos los cuales indican si los servicios fueron cambiados o añadidos al plan de cuidado.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8136.pdf>.

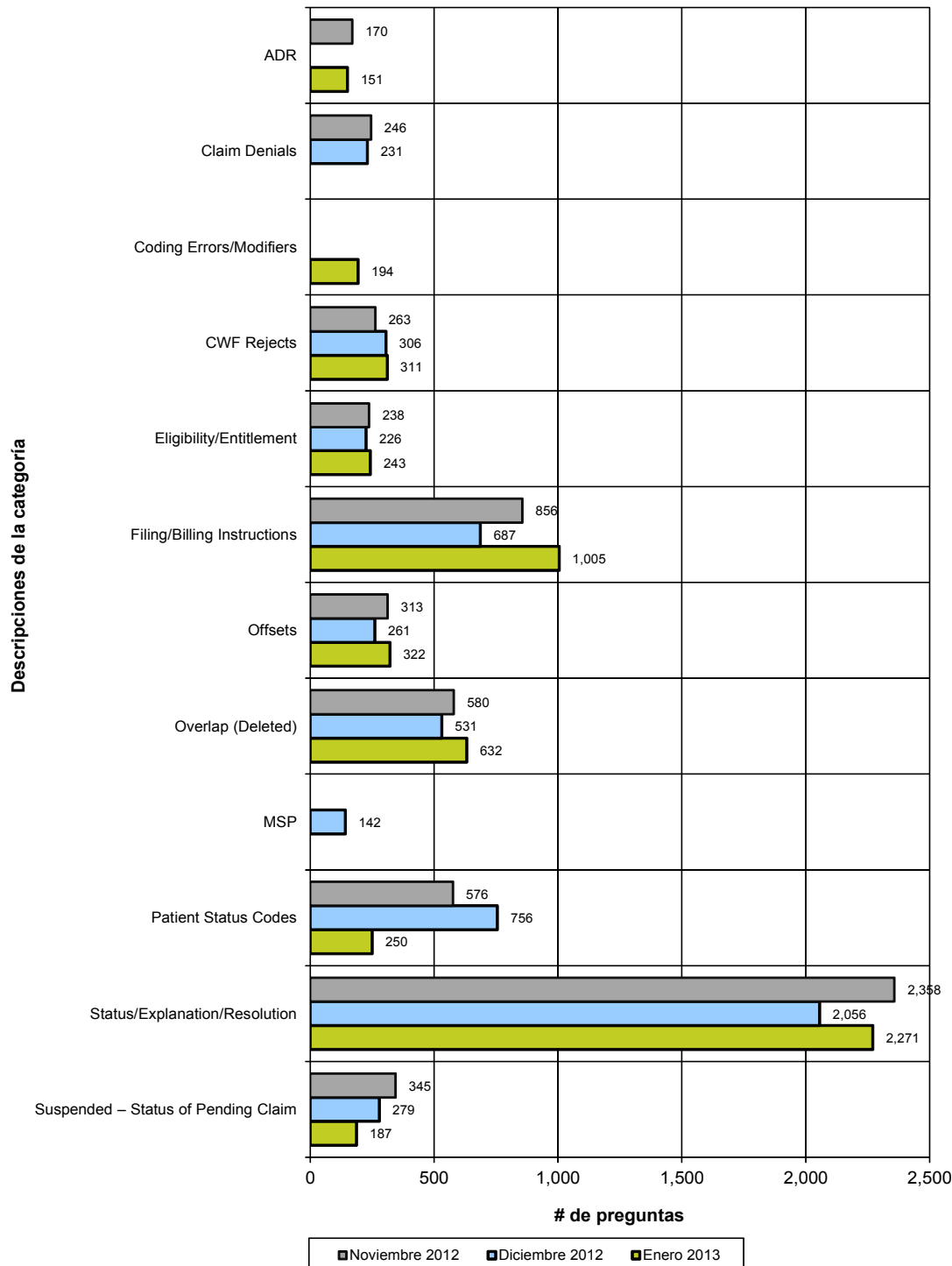
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8136, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2650CP.pdf>

## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en noviembre 2012-enero 2013

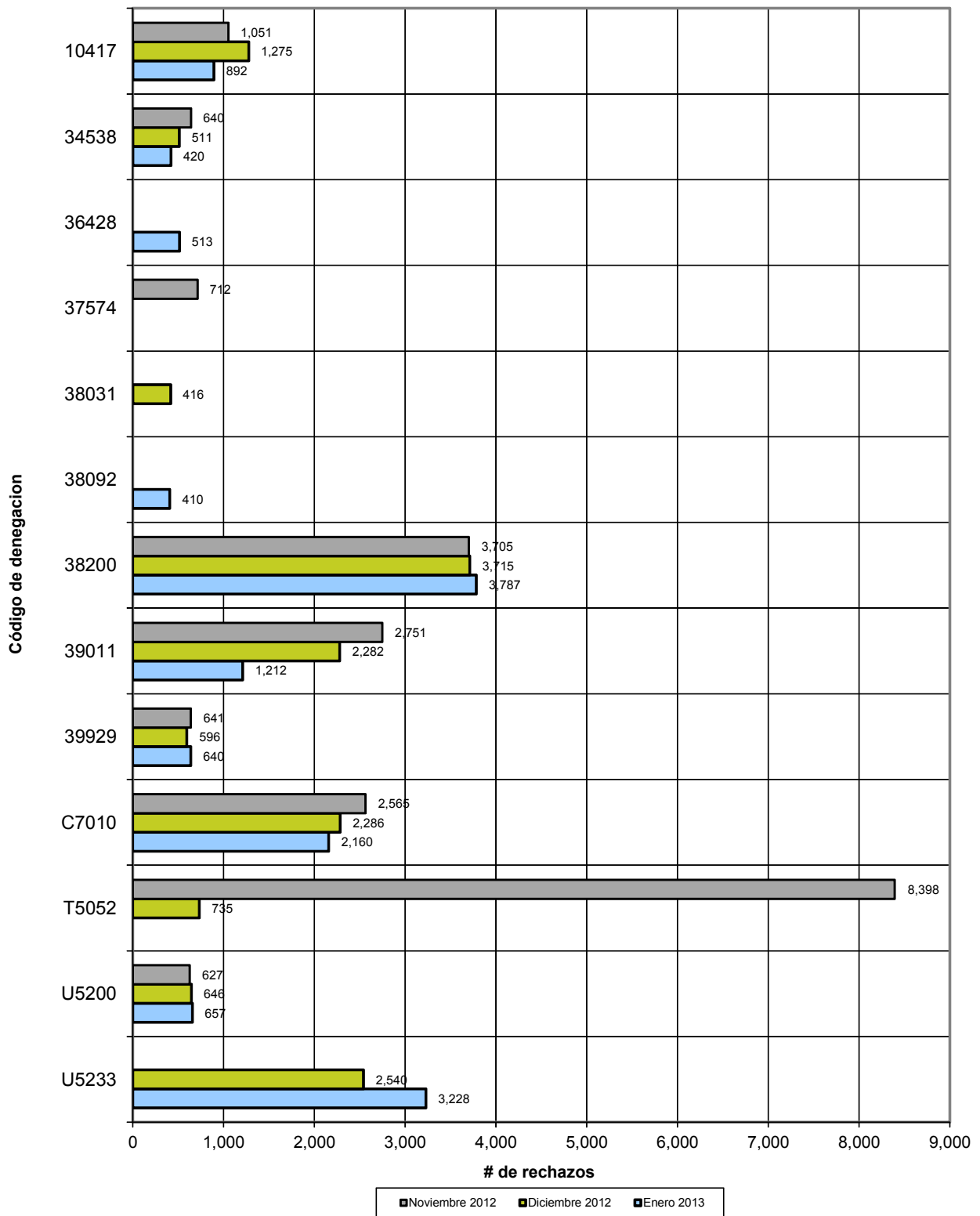
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de noviembre 2012 a enero de 2013. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet

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

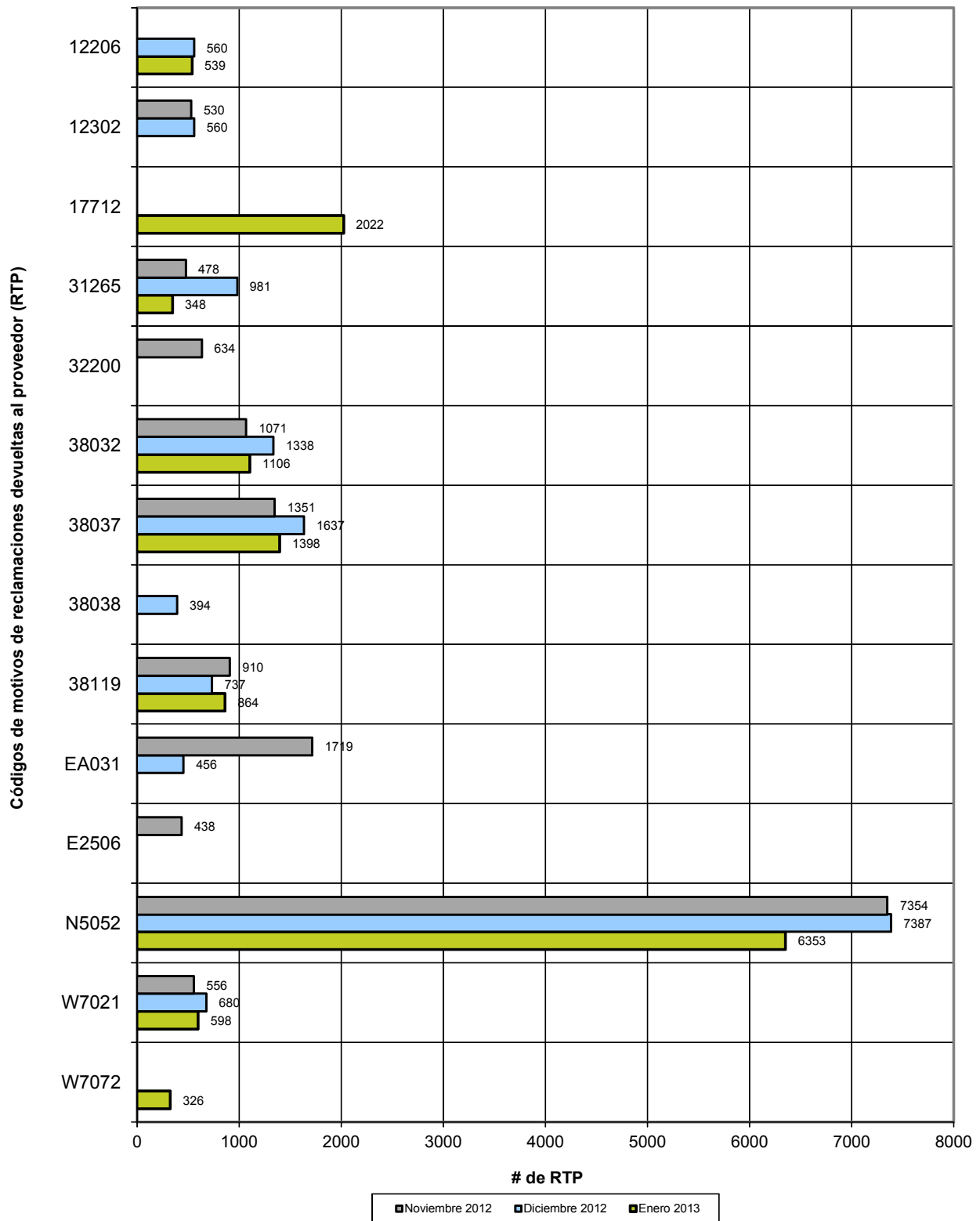
### Preguntas de Parte A más frecuentes en noviembre de 2012-enero de 2013



Rechazos más frecuentes de Parte A en noviembre de 2012-enero de 2013



## Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en noviembre de 2012-enero de 2013



## 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

A93975: Duplex scanning.....	22
AJ2505: Pegfilgrastim (Neulasta®).....	22
AJ9045: Carboplatin (Paraplatin® Paraplatin-AQ®).....	22
AJ9181: Etoposide (Etopophos® Toposar® Vepesid® VP-16).....	23
AJ9265: Paclitaxel (Taxol®).....	23

### 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

### A93975: Duplex scanning – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28830 (Florida)

Identificador de LCD: L28863 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para duplex scanning fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir la siguiente indicación para los códigos CPT® 93975 y 93976: “Para evaluar pacientes diagnosticados con la enfermedad renovascular hipertensiva y normotensa con función renal alterada.” La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir el rango de códigos ICD-9-CM 403.90-403.91 y 585.1-585.5 para los códigos CPT® 93975 y 93976. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 28 de febrero de 2013. Las LCD de First Coast Service Options Inc. LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes), pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable 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](#).

---

### AJ2505: Pegfilgrastim (Neulasta®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28946 (Florida)

Identificador de LCD: L28967 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para pegfilgrastim (Neulasta®) fue revisado por última vez el 1 de octubre de 2010. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una solicitud de reconsideración externa. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir los códigos de ICD-9-CM 209.31-209.36 y 209.75 para HCPCS código J2505.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 13 de febrero de 2013. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable 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](#).

---

### AJ9045: Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28791 (Florida)

Identificador de LCD: L28796 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) fue más recientemente revisado el 1 de octubre de 2009. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para indicaciones no marcadas fue actualizada para añadir “Thymic carcinoma”. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para añadir el código de diagnóstico de ICD-9-CM 164.0 para el código HCPCS J9045. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 22 de febrero de 2013. First Coast Service Options Inc. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

## AJ9181: Etoposide (Etopophos<sup>®</sup>, Toposar<sup>®</sup>, Vepesid<sup>®</sup>, VP-16) – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28837 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28870 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para etoposide (Etopophos<sup>®</sup>, Toposar<sup>®</sup>, Vepesid<sup>®</sup>, VP-16) fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD fue revisada basado en una petición de reconsideración externa. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir los códigos ICD-9-CM 209.31-209.36 y 209.75 para el código HCPCS J9181. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir las siguientes indicaciones.

- Para el carcinoma de células de Merkel en combinación con carboplatino o cisplatino como una consideración para tratamiento adyuvante con o sin terapia de radiación para la enfermedad N+
- Para el carcinoma de células de Merkel en combinación con carboplatino o cisplatino como tratamiento para la enfermedad metastásica a distancia o repetición diseminada con o sin cirugía o terapia de radiación

En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

---

## AJ9265: Paclitaxel (Taxol<sup>®</sup>) – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28943 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28964 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para paclitaxel (Taxol<sup>®</sup>) fue efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para indicaciones fuera de etiqueta fue actualizado para añadir “Thymic carcinoma.” La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para añadir el código de diagnóstico de ICD-9-CM 164.0 para el código HCPCS J9265. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 22 de febrero de 2013. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están 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](#).

## 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2012 a septiembre de 2013.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [ ]    Español [ ]				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			<b>Total</b>	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Proveedor/nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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



## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Redeterminaciones

#### Redeterminaciones sobrepagos

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

### Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Otras direcciones importantes

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

#### Suministros de llevar a casa

#### Medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC  
P. O. Box 20010  
Nashville, Tennessee 37202  
1-866-270-4909

### INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

#### Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

### RAILROAD MEDICARE

#### Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

### Inscripción de proveedores

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

### Intercambio electrónico de datos (EDI\*)

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

### Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

### Saldo de crédito

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

### Departamento de Auditoría y Reembolso

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

### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

#### Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

#### Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

### ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

### DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

## 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 próstéticos, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC  
P. O. Box 20010  
1-866-270-4909  
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](http://medicare.fcso.com)

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

#### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

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

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

## Evaluación y manejo

### Edición previa al pago del código de evaluación y manejo (E/M) 99291

Reciente análisis de data perteneciente a servicios de cuidado crítico ha identificado que First Coast Service Options (First Coast) está en alto riesgo de error de pago en reclamación. El error está basado en la sobreutilización potencial y/o abuso del código 99291, el cual es definido en el manual *Current Procedural Terminology (CPT®)* como sigue:

- Cuidado crítico, evaluación y manejo del paciente gravemente enfermo o herido; primeros 30-74 minutos.

Según descrito en el *Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 12, Section 30.6.12* de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS):

- Cuidado crítico es definido como la entrega directa de la atención de un médico(s) para un paciente gravemente enfermo o gravemente herido. Una enfermedad o accidente perjudica gravemente uno o más de los sistemas de órganos vitales de tal manera que hay una alta probabilidad de deterioro inminente de la condición del paciente o es amenazante a la vida.
- Ejemplos de fallo de sistema de órgano vital incluyen, pero no están limitados a: fallo del sistema nervioso central, fallo circulatorio, trauma, renal, hepático, metabólico, y/o fallo respiratorio. Aunque el cuidado intensivo típicamente requiere la interpretación de múltiples parámetros psicológicos y/o de tecnología(s) avanzada, cuidado intensivo puede ser provisto en situaciones amenazantes a la vida cuando estos elementos no están presentes.



Proveerle el cuidado médico a un paciente gravemente enfermo, herido o después de operación cualifica como un servicio de cuidado intensivo sólo si ambos la enfermedad o herida y el tratamiento provisto cumplen con los requisitos de arriba.

Los servicios de cuidado intensivo tienen que ser médicamente necesarios y razonables. Los servicios provistos que no cumplen con los requisitos para los servicios de cuidado intensivo o servicios provistos para un paciente que no está gravemente enfermo o herido de acuerdo con las definiciones y criterios de arriba pero quien pasa a una unidad de cuidado crítico, cuidado intensivo, u otro cuidado especializado debe ser reportado utilizando otro código adecuado de evaluación y manejo (E/M) (por ejemplo, cuidado de hospital subsecuente, CPT® códigos 99231 - 99233).

El cuidado crítico es usualmente, pero no siempre, provisto en un área de cuidado crítico tal como una unidad de cuidado coronario, unidad de cuidado intensivo, unidad de cuidado respiratorio, o el departamento de emergencia. Sin embargo, el pago debe ser hecho a servicios de cuidado crítico provisto en cualquier localidad siempre y cuando el cuidado provisto cumpla con la definición de cuidado crítico.

El cuidado crítico es un servicio basado en tiempo, y para cada entrada de fecha y encuentro, las notas de progreso del médico deberán documentar el tiempo total que los servicios de cuidado crítico fueron provistos. La duración de servicios de cuidado crítico a ser reportada es el tiempo que el médico dedicó evaluando, proveyendo servicio y manejando el cuidado del paciente gravemente enfermo o herido. Ese tiempo tiene que ser dedicado junto a la cama o en otro lugar en el piso o unidad siempre y cuando el médico esté inmediatamente disponible para el paciente. Para cualquier periodo de tiempo dedicado a proveer los servicios de cuidado crítico, el médico debe dedicar su atención completa al paciente y, por lo tanto, no puede proveer servicios a ningún otro paciente durante el mismo periodo de tiempo.

Los códigos CPT® de cuidado crítico 99291 y 99292 son utilizados para reportar la duración total de tiempo dedicado por un médico proveyendo servicios de cuidado crítico a un paciente gravemente enfermo o gravemente herido, aún si el tiempo dedicado por el médico en esa fecha no es continuo. Tiempo no continuo para servicios de cuidado crítico médicamente necesarios pueden ser agregados. Reportar el código CPT® 99291 es un prerrequisito para reportar el código CPT® 99292. Los médicos de la misma especialidad dentro de la misma facturación de práctica de grupo son pagados como si fueran un sólo médico.

Basado en un malentendido potencial y/o mala aplicación de los requisitos para proveer servicios de cuidado

(Continúa en la página siguiente)

## Edición... (Continuación)

crítico, información indica que proveedores pueden estar facturando por cuidado crítico basado en la localidad de servicio en vez de según la condición del paciente.

## Respuesta de First Coast

En respuesta al alto riesgo de error de pago, First Coast implementará dos ediciones de revisión de prepago para reclamaciones presentadas a partir del **18 de febrero de 2013**, que aplicarán a todos los proveedores dentro de la jurisdicción de Florida de First Coast. A continuación están los resúmenes de cómo estas ediciones serán aplicadas:

- Una edición de revisión previa al pago de 100% será aplicada a los servicios de cuidados intensivos provistos fuera de los siguientes lugares de servicio: 21 Hospital, 22 Hospital ambulatorio, 23 Sala de emergencia.
- Una edición previa al pago será aplicada a todas las reclamaciones de utilización extraordinaria identificadas.

Para manejar los problemas identificados y la respuesta correspondiente, el departamento de Provider Outreach and Education (POE) de First Coast está ofreciendo una sesión educacional el 20 de febrero de 2013. Por favor acceda al [calendario de eventos de POE](#) para inscribirse para esta sesión.

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

## Facturación

### Nuevo IUR ayudará a reducir sobrepagos causados por facturación incorrecta de POS

Número de *MLN Matters*: MM7892

Número de petición de cambio relacionado: CR 7892

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1170OTN

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

#### Resumen

Los pagos a médicos son mayores cuando los servicios son provistos en lugares fuera del centro. Los pagos mayores están diseñados para compensar a los médicos por los costos adicionales incurridos para proveer el servicio en una localidad de oficina contrario a una localidad en el centro.

En octubre de 2004, la Oficina del Inspector General (OIG) llevó a cabo una auditoría que identificó un lugar de servicio (POS) facturando como error de pago en su reporte. El reporte también declaró que varios contratistas de Medicare pagaron en exceso a los médicos que no identificaron el POS apropiado en sus reclamaciones, lo cual resultó en sobrepagos. Los médicos fueron identificados como facturando oficina POS en lugar de centro quirúrgico ambulatorio u hospital de pacientes hospitalizados. Ya que estas reclamaciones no pueden ser denegadas antes del pago, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid está implementando una respuesta informativa no solicitada (IUR) para todos los tipos de reclamaciones para recuperar estos pagos.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7892.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7892, 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/R1170OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1170, CR 7892

*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 de incentivo relacionado a autorización previa para dispositivos eléctricos de movilidad

Número de *MLN Matters*: MM8056  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8056  
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de febrero de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1182OTN  
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

### Resumen

Bajo la demostración de autoridad, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) está proponiendo tres años antes del proceso de autorización para dispositivos eléctricos de movilidad (PMD) en California, Florida, Illinois, Michigan, New York, North Carolina y Texas. Esta iniciativa está diseñada para proteger el Medicare Trust Fund al combatir el fraude y prácticas de facturación abusivas y hace al médico o encargado del tratamiento más responsables por los artículos ordenados para prevenir pagos impropios.

Si un médico/encargado del tratamiento presenta la petición inicial previa a la autorización, el médico/encargado del tratamiento tiene derecho a facturar el procedimiento G9156 y recibir \$10 por incentivo de pago de beneficiario.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8056.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8056, 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/R1182OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1182, CR 8056

*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.*

---

## Listado de códigos HCPCS 2013 para las jurisdicciones DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM8164  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8164  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de enero de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2637CP  
Fecha de implementación: 19 de febrero de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8164 notifica a suplidores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para el contratista administrativo de equipo duradero de Medicare (DME MAC), aseguradora de la Parte B o jurisdicciones A/B MAC es actualizada anualmente para reflejar los códigos que han sido añadidos o descontinuados (eliminados) cada año. La hoja de cálculo es útil para el personal de facturación al mostrar el contratista de Medicare apropiado a facturar por HCPCS que aparece en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción 2013 está disponible bajo "Codificación" en <http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html>.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8164.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8164, 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/R2637CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2637, CR 8164

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

**Información General**

**Cambios del 2013 para los códigos de evaluación electrofisiológica y ablación**

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid han modificado el *Medicare Claims Processing Manual*, capítulo 4, Sección 10.2.1 para tener en cuenta los cambios de codificación para los códigos de evaluación de electrofisiología cardíaca y ablación, por parte del panel editorial *CPT*<sup>®</sup> de la American Medical Association (AMA). El panel editorial del *CPT*<sup>®</sup> eliminó los códigos *CPT*<sup>®</sup> 93651 y 93652, efectivo el 1 de enero de 2013, y creó nuevos códigos *CPT*<sup>®</sup> 93653, 93654, 93655, 93656, y 93657, efectivo el 1 de enero de 2013.

De acuerdo con el *Current Procedural Terminology*<sup>®</sup> (*CPT*<sup>®</sup>) *Manual* de AMA:

*En muchas circunstancias los pacientes con arritmias son evaluados y tratados en el mismo encuentro. En esta situación, es realizado un diagnóstico del estudio electrofisiológico (EPS), se registran la(s) taquicardia(s) inducida(s), y sobre la base de la información de diagnóstico y de registro, el tejido es extirpado. Cuando se reporta el procedimiento de ablación, el EPS no se puede reportar por separado.*

En noviembre de 2012, AMA organizó un simposio anual para discutir muchos de los importantes cambios a los códigos *CPT*<sup>®</sup> 2013 y a los descriptores, así como la política de pago de 2013 y los cambios de las unidades de valor relativo (RVU) para el pago de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud. Uno de los tópicos incluyó los cambios realizados a electrofisiología cardíaca y ablación. La diapositiva de la presentación que discute estos cambios específicos está disponible en <http://www.ama-assn.org/resources/doc/cpt/17-cardiology-brin.pdf>.

First Coast Service Options Inc. no tiene actualmente una política local relacionada con este tema específico; por lo tanto las reclamaciones deben estar codificadas basadas en los parámetros *CPT*<sup>®</sup>. Aunque la actualización de enero de 2013 de la iniciativa nacional de codificación correcta apoye estos cambios de codificación. Estas políticas de codificación están basadas en convenciones de codificación definidas en el *Manual CPT*<sup>®</sup>.

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

**Encuentre rápido sus favoritos  – utilice Enlaces Populares**

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

**Denegación incorrecta de reclamaciones para los códigos *CPT*<sup>®</sup> 95885-95887**

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha descubierto que los proveedores pueden estar recibiendo denegaciones incorrectas. Como resultado de un problema de procesamiento, los códigos *Current Procedural Terminology*<sup>®</sup> (*CPT*<sup>®</sup>) 95885, 95886, y 95887 cuando son facturados con el código *CPT*<sup>®</sup> 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, o 95913 pueden haber sido denegados por error. El resultado es un pago incompleto para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2013. Este problema de procesamiento fue corregido el 30 de enero de 2013.

**Ninguna acción es requerida de parte de los proveedores en este momento**

First Coast está trabajando para identificar todos los servicios que han sido denegados en error y hará los ajustes adecuados. First Coast requiere que los proveedores no presenten apelación o solicitudes de reapertura; es innecesario llamar a las líneas de servicio al cliente en cuanto a estas denegaciones incorrectas. First Coast se disculpa por cualquier inconveniente que esto les pueda haber causado a los proveedores impactados.

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

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

### Resumen

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

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

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8010, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2610CP.pdf>.

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

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

---

## Mejora de MREP

Número de *MLN Matters*: MM8149  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8149  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de enero de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1163OTN  
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) le ofrece a los proveedores y suplidores el software libre de costo, Medicare Remit Easy Print (MREP), para ver e imprimir el cumplimiento de remesa de pago electrónico (ERA) (por ejemplo, Transaction 835 - Health Care Claim Payment/Advice) (aviso/pago de reclamaciones de salud).

En respuesta a los problemas que los usuarios reportaron con MREP, la petición de cambio (CR) 8149 instruye sistemas viables de procesamiento de información (ViPS) para analizar y resolver – efectivo el 1 de julio de 2013 – el descubrimiento de que “.NET Framework es requerido por MREP pero no es compatible con Windows 7.” CMS cree que haciendo el software compatible con múltiples sistemas operativos será más aceptable entre los usuarios y ayudará a proveedores/suplidores a realizar la transición de papel a ERA.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8149.pdf>.

(Continúa en la página siguiente)

## Mejora... (Continuación)

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8149, 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/R1163OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1163, CR 8149

*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.*

## Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA

Número de *MLN Matters*: MM8162

Número de petición de cambio relacionado: CR 8162

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de enero de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2639CP

Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

### Resumen

La petición de cambio 8162 le informa a los contratistas de Medicare sobre los nuevos códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para 2013 que están sujetos a y excluidos de las ediciones de Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA). La CR también lista los códigos HCPCS descontinuados efectivo el 31 de diciembre de 2012.

Las regulaciones de CLIA requieren que el centro sea adecuadamente certificado para cada prueba efectuada. Para asegurar que Medicare y Medicaid sólo pague por las pruebas de laboratorio en un centro con un certificado de CLIA válido, las reclamaciones de laboratorio son actualmente editadas a nivel de certificado de CLIA.

Los códigos HCPCS que son considerados una prueba de laboratorio bajo CLIA cambian cada año. Los proveedores necesitan saber sobre los nuevos códigos HCPCS que están ambos sujetos a ediciones de CLIA y excluidos de ediciones de CLIA.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8162.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8162, 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/R2639CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2639, CR 8162

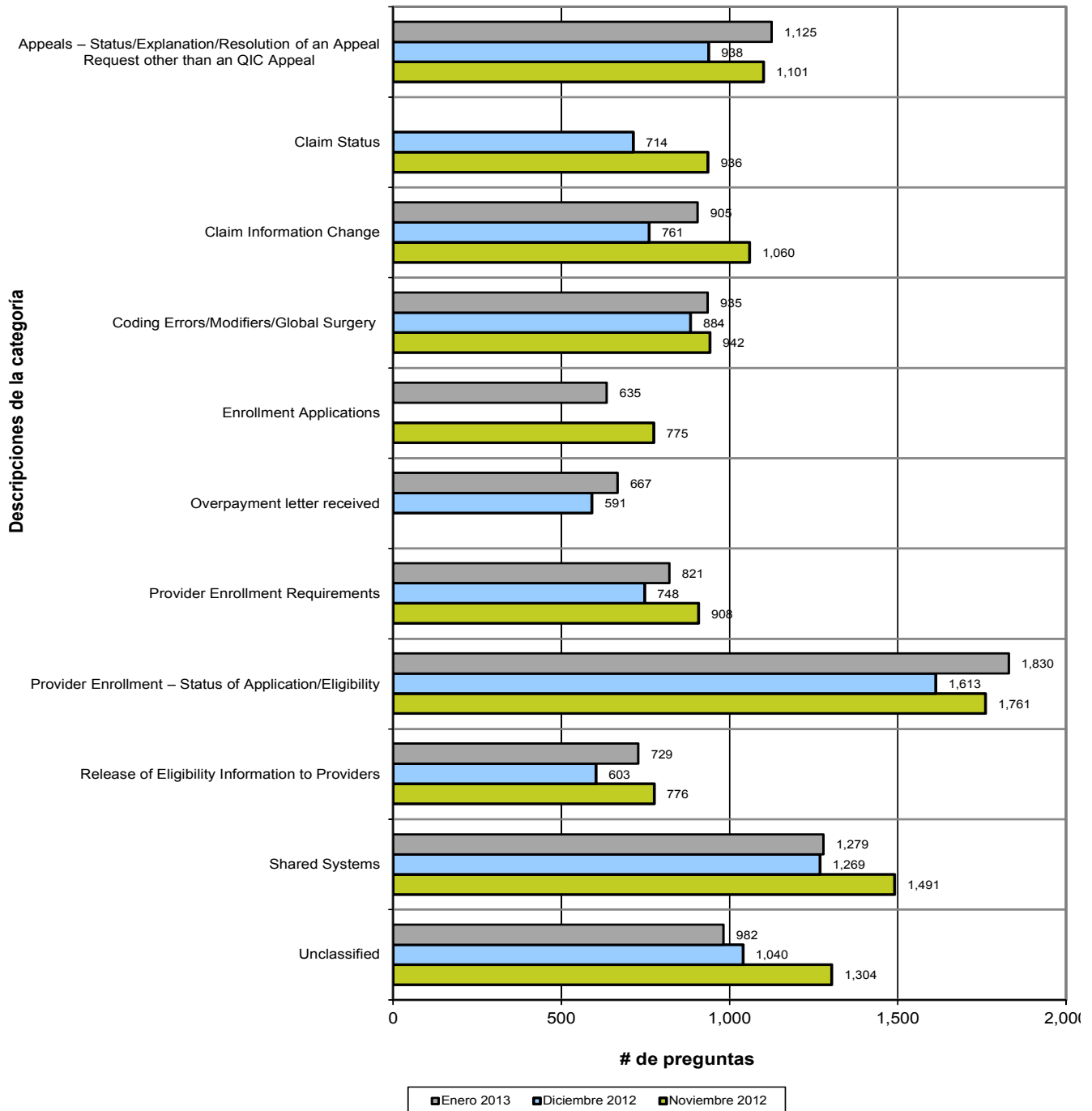
*Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene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



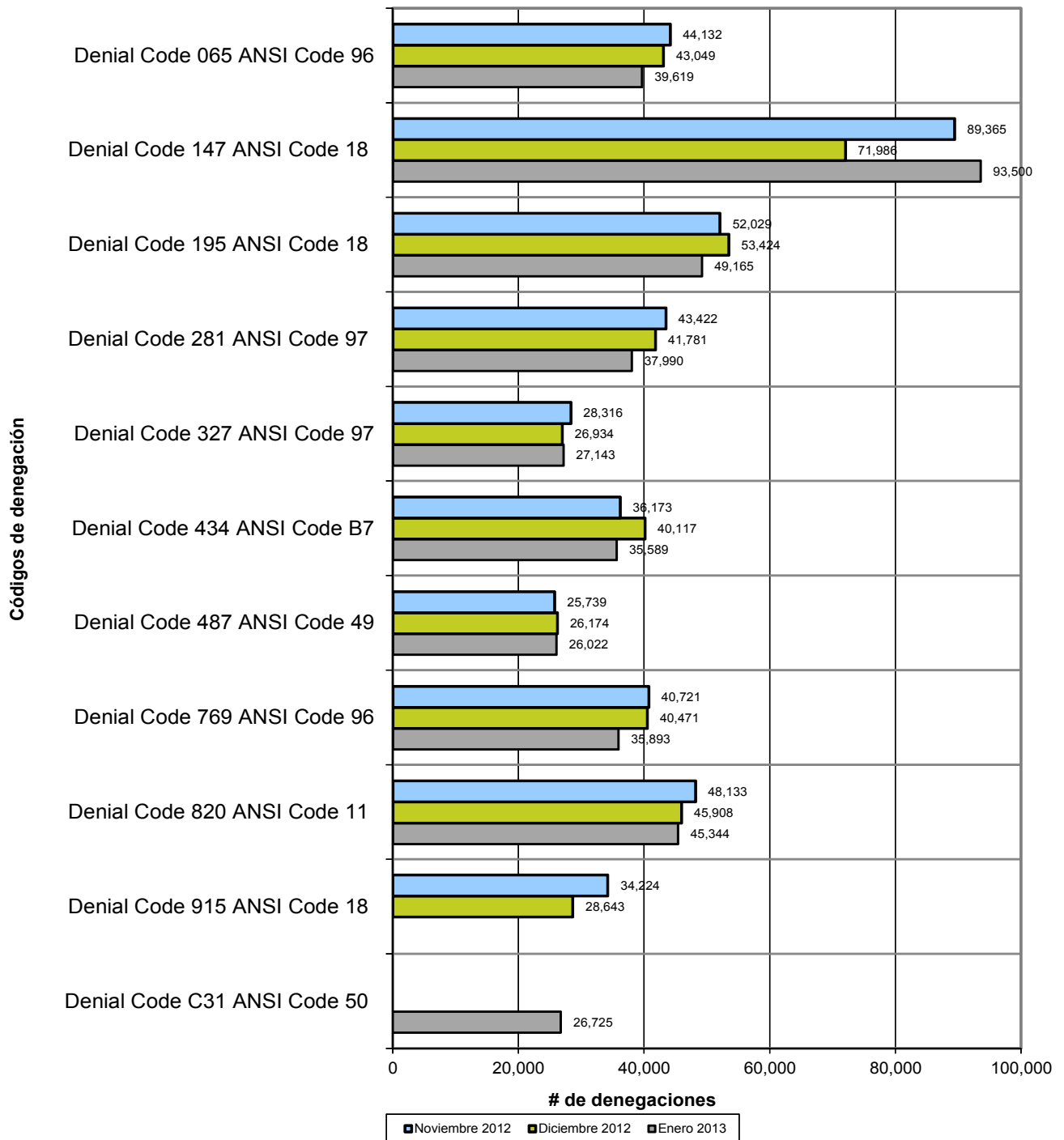
## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en noviembre 2012- enero 2013

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 noviembre 2012 a enero 2013. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet [http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/)

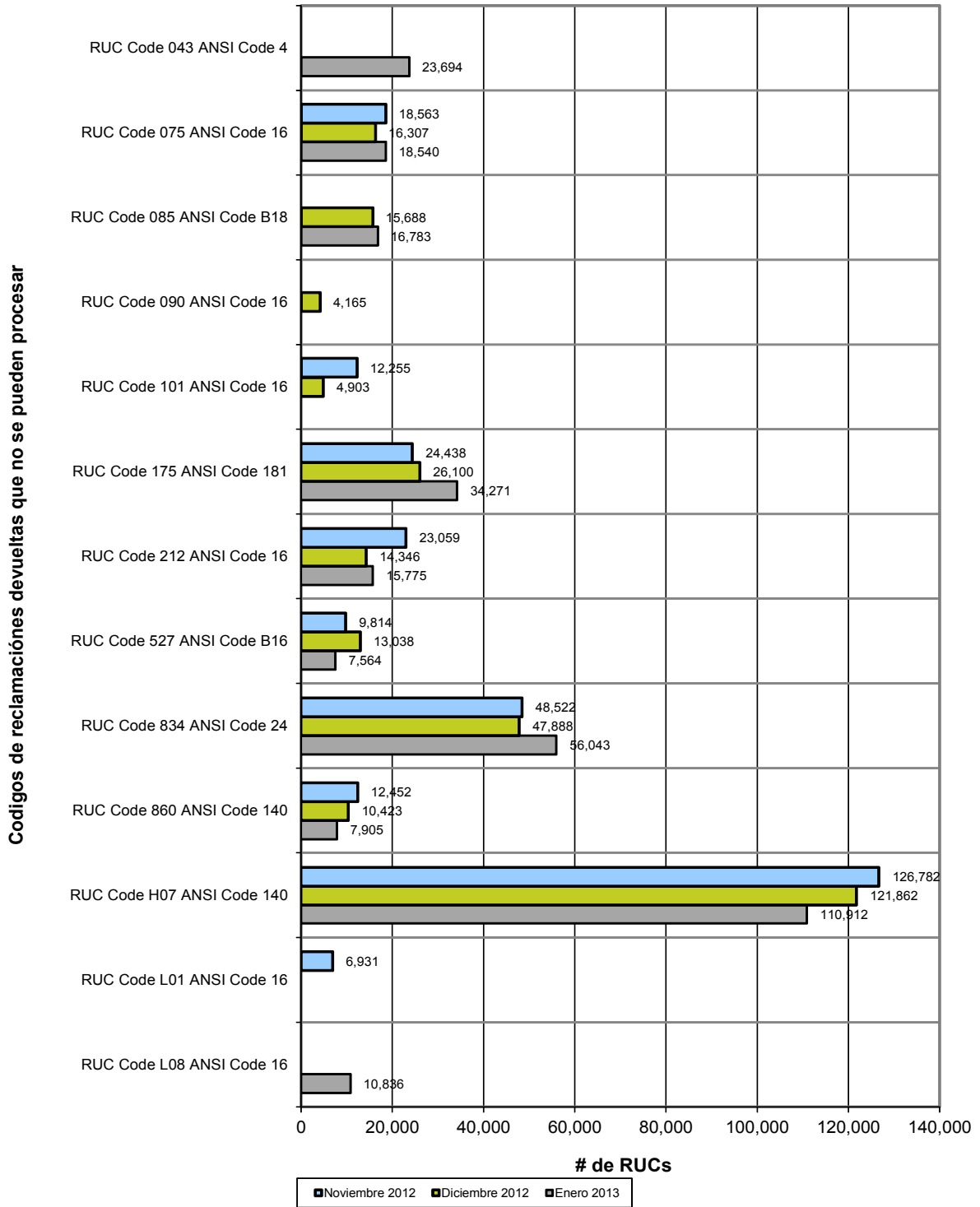
### Preguntas de Parte B más frecuentes en noviembre de 2012-enero de 2013



**Denegaciones de Parte B más frecuentes en noviembre de 2012-enero de 2013**



RUC de Parte B más frecuentes en noviembre de 2012-enero de 2013



## 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

93975: Duplex scanning.....	37
J2505: Pegfilgrastim (Neulasta®).....	37
J9045: Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin - AQ®).....	37
J9181: Etoposide (Etopophos®Toposar®Vepesid®VP-16).....	38
J9265: Paclitaxel (Taxol®).....	38

### 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

### 93975: Duplex scanning – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29159 (Florida)

Identificador de LCD: L29420 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para duplex scanning fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD fue revisada para añadir la siguiente indicación para los códigos CPT® 93975 y 93976: "Para evaluar pacientes diagnosticados con la enfermedad renovascular hipertensiva y normotensa con función renal alterada." La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD fue revisada para añadir el rango de códigos ICD-9-CM 403.90-403.91 y 585.1-585.5 para los códigos CPT® 93975 y 93976. En adición, la sección "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD fue actualizada.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 21 de febrero de 2013. Las LCD de First Coast Service Options Inc. LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes), pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable 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](#).

---

### J2505: Pegfilgrastim (Neulasta®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29254 (Florida)

Identificador de LCD: L29463 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La revisión más reciente de la determinación de cobertura local (LCD) para pegfilgrastim (Neulasta®) fue el 1 de octubre de 2010. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una solicitud de reconsideración externa. La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD fue revisada para añadir los códigos de ICD-9-CM 209.31-209.36 y 209.75 para HCPCS código J2505.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 7 de febrero de 2013. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable 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](#).

---

### J9045: Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29089 (Florida)

Identificador de LCD: L29104 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) fue más recientemente revisado el 1 de octubre de 2009. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD para indicaciones no marcadas fue actualizada para añadir "Thymic carcinoma". La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD fue actualizada para añadir el código de diagnóstico de ICD-9-CM 164.0 para el código HCPCS J9045. En adición, la sección "Sources of Information and Basis for Decision" de la

LCD fue actualizada.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 21 de febrero de 2013. First Coast Service Options Inc. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable 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](#).

## J9181: Etoposide (Etopophos<sup>®</sup>, Toposar<sup>®</sup>, Vepesid<sup>®</sup>, VP-16) – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29169 (Florida)**

**Identificador de LCD: L L29423 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para etoposide (Etopophos<sup>®</sup>, Toposar<sup>®</sup>, Vepesid<sup>®</sup>, VP-16) fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir los códigos ICD-9-CM 209.31-209.36 y 209.75 para el código HCPCS J9181. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir las siguientes indicaciones:

- Para el carcinoma de células de Merkel en combinación con carboplatino o cisplatino como una consideración para tratamiento adyuvante con o sin terapia de radiación para la enfermedad N+
- Para el carcinoma de células de Merkel en combinación con carboplatino o cisplatino como tratamiento para la enfermedad metastásica a distancia o repetición diseminada con o sin cirugía o terapia de radiación
- En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 7 de febrero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

---

## J9265: Paclitaxel (Taxol<sup>®</sup>) – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29249 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29460 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para paclitaxel (Taxol<sup>®</sup>) fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, la LCD fue revisada basada en una petición de reconsideración externa. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para indicaciones fuera de etiqueta fue actualizado para añadir “Thymic carcinoma.” La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para añadir el código de diagnóstico de ICD-9-CM 164.0 para el código HCPCS J9265. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 21 de febrero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están 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](#).

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

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y **envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario** pagable al número de la cuenta de 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

### Redeterminaciones

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

### Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Otras direcciones importantes

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

#### Suministros de llevar a casa

#### Medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC  
P. O. Box 20010  
Nashville, Tennessee 37202  
1-866-270-4909

### INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

#### Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

### RAILROAD MEDICARE

#### Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

### Inscripción de proveedores

#### Cambios de dirección postal

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

### Intercambio electrónico de datos (EDI\*)

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

### Lista de vacunados contra la influenza

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

### Determinaciones locales de cobertura

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

### Cobro de deudas

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

### Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

#### Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

#### Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

### INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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



## 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),  
protésicos u ortóticos**  
CSG Administrators, LLD  
P.O. Box 20010  
Nashville, Tennessee 37202  
1-866-270-4909

## 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](mailto: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  
gratuita):**  
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. (First Coast ), su contratista administrativo de Medicare  
<http://medicare.fcso.com>  
<http://medicareespanol.fcso.com>

**Centros de Servicio de Medicare y  
Medicaid**  
[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

**Beneficiarios**  
**Centros de Servicio de Medicare y  
Medicaid**  
[www.medicare.gov](http://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](http://www.cms.gov)

**Beneficiarios**

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid  
[www.medicare.gov](http://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](mailto: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**

CSG Administrators, LLC  
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**