

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Abril 2013



## En esta edición

Revisión de las reglas de facturación .....	6
Suspendida la retención de reclamaciones .....	7
Anunciados los proveedores por contrato .....	12
Inclusión de ICD-10 del tipo de factura 33x.....	16
Resolución de los administradores de CMS.....	18
Solicitudes para invalidar la puntualidad .....	21
Actualización de FAQ de CMS para facturación .....	37
Denegaciones incorrectas de reclamaciones.....	39
Nuevo código de lugar de servicio.....	40

## Cortes automáticos de presupuesto afectarán las tarifas de alquiler para equipos médicos duraderos de Medicare

Las reclamaciones del servicio de tarifa fija de Medicare fueron reducidas en un 2 por ciento para las fechas de servicio o las fechas de alta médica a partir del 1 de abril de 2013, como resultado de los recortes automáticos de presupuesto conocido como secuestro.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron las siguientes preguntas hechas frecuentemente (FAQ) para clarificar cómo la reducción afectará el alquiler de los equipos médicos duraderos.

**P: Si un equipo médico duradero alcanzó el tope del periodo de alquiler iniciado antes del 1 de abril de 2013, ¿los pagos de alquiler para los meses después del 1 de abril 2013, están sujetos a la reducción del 2 por ciento?**

R: Cualquier reclamación para los pagos de alquiler con fecha de servicio "DESDE" a partir del 1 de abril de 2013, estarán sujetos a la reducción del 2 por ciento, independientemente del momento en que comenzó el periodo de alquiler. Por ejemplo, si el límite del alquiler de una silla de ruedas se proporcionó en febrero de 2013, el pago de la renta mensual de mayo de 2013 estaría sujeto a la reducción del secuestro del 2 por ciento. Los pagos mensuales y subsiguientes de alquiler inicial facturados con una fecha de servicio "DESDE" comenzando antes

del 31 de marzo de 2013 no se verían afectados por la reducción del 2 por ciento.

**P: ¿Por cuánto tiempo será efectiva la reducción del 2 por ciento para las reclamaciones en el sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare?**

R: La ley especifica que la reducción del 2 por ciento para los pagos en el sistema de pago por servicios mediante tarifa fija, como resultado de la orden de secuestro que el Presidente debió emitir el 1 de marzo de 2013, se aplica a todos los pagos por servicios prestados en el periodo de un año después del comienzo de las reducciones. Para Medicare, las reducciones comienzan el primer día del primer mes después de que se emitió la orden, lo que significa que comenzaron el 1 de abril 2013. En consecuencia, esta orden de secuestro abarca todos los pagos por servicios con fechas de servicio o fechas de alta médica (o una fecha de inicio para el alquiler de equipo o suministros de varios días) del 1 de abril de 2013 hasta el 31 de marzo de 2014.

**P: ¿Los medicamentos están excluidos en la reducción del 2 por ciento?**

R: No. Todos los pagos a las reclamaciones en el sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare

*(Continúa en la página 11)*



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



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

## Partes A y B

Recuperación de pagos en exceso por visitas de bienestar anual.....	3
MRI realizado en pacientes con marcapasos.....	3
Actualización de la categoría del estatus de la reclamación.....	4
CMS ofrece nuevas herramientas para EHR.....	5
Revisión de las reglas de facturación.....	6
Implementación de la resolución 1455-R de CMS.....	6
Suspendida la retención de reclamaciones abril 2013.....	7
Facturación correcta de las unidades de servicios.....	7
Resultados generalizados de la investigación de servicios de ESRD.....	7
Guía de implementación de ICD-10.....	9
Impactos de la conversión de ICD-10.....	9
Conversión a ICD-10 y la infraestructura de códigos.....	10
Delegación de tareas de médicos en los SNF y NF.....	10
Implementación de la adjudicación para MAC de la jurisdicción E.....	11
Actualización CARC, RARC, MREP y PC Print.....	11
Anunciados los proveedores por contrato de DMEPOS.....	12
Pagos de Medicare para medicamentos usados para tratar la degeneración macular.....	12
Implementación de ediciones de reclamaciones para ordenados/referidos.....	12
Los formularios de inscripción requieren números del TIN.....	13
Actualización de abril de base de datos del manual de tarifas fijas.....	14
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	14
Próximos eventos educacionales.....	15

## Parte A

Inclusión de ICD-10 del tipo de factura 33x.....	16
Reclamaciones para facturas de costos ordinarios y costos extraordinarios.....	16
Actualización de códigos de diagnóstico.....	17
Actualizaciones de archivo específico del proveedor de IPPS, IRF Y LTCH.....	18
Resolución de administradores de CMS: nueva facturación de la Parte A a la Parte B.....	18
CMS publica reportes actualizados de reportes electrónicos PEPPER.....	19
CMS publica la actualización para el 2014 de CQM.....	20
CMS coloca una suspensión en reclamaciones de IPPS.....	20
Omisión temporera del archivo común del trabajo.....	20
Solicitudes para invalidar la puntualidad.....	21
Se acerca una fecha límite importante para el reporte de calidad LTCH.....	21
CMS inicia un nuevo requisito de reporte de data.....	22
Cambios al sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico.....	22

## Gráficos

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

## Determinaciones Locales de Cobertura

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

## Ordenar materiales de Parte A

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

Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	35
--	----

Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	36
--	----

## Parte B

Versión 5010 de requisitos para proveedores de servicios de ambulancia.....	37
Actualización de las FAQ de CMS para facturación.....	37
Instrucciones de codificación de lugar de servicio revisadas y aclaradas.....	38
Pago de incentivo relacionado a autorización previa.....	38
Denegaciones incorrectas de reclamaciones que contienen el código 95910.....	39
Actualización del Medicare Quality Reporting Incentive Programs Manual.....	39
Nuevo código de lugar de servicio para empleo/lugar de trabajo.....	40

## Gráficos

Datos procesamiento de reclamación.....	41
---	----

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B.....	44
-------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B.....	53
------------------------------------	----

Contactos Parte B de Puerto Rico.....	54
---------------------------------------	----

Contactos Parte B de Florida.....	55
-----------------------------------	----

Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	56
---	----

## Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 4  
Abril 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 General

### Recuperación de pagos en exceso por visitas de bienestar anual

Número de *MLN Matters*: MM8153 Revisada  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8153  
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de abril de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1209OTN  
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

#### Resumen

Este artículo provee instrucciones a los contratistas de Medicare para la recuperación de pagos en exceso por visitas de bienestar anual para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, que fueron procesadas a partir del 4 de abril de 2011. Este artículo fue revisado el 22 de febrero para añadir el número de transmisión, el cual originalmente se omitió.

La petición de cambio (CR) 7079 permitió una visita de bienestar anual (AWV) en una reclamación institucional y una reclamación profesional para el mismo paciente el mismo día. En algunos casos, esto resultó en facturación duplicada del mismo servicio, ya que las reclamaciones institucionales y profesionales pueden ser presentadas por el mismo servicio.

La CR 8107 será implementada el 1 de abril de 2013, modificando ediciones para permitir pago para el profesional de la salud o el centro que provee la AWV. En el periodo de transición desde el 4 de abril de 2011 hasta el 31 de marzo de 2013, facturaciones duplicadas han ocurrido y pueden continuar ocurriendo. La CR 8153 provee instrucciones para que los contratistas inicien un proceso de recuperación para estos pagos en exceso por servicios de AWV.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8153.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8153, 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/R1209OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1209, CR 8153

*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.*

### MRI realizado en pacientes con marcapasos que son aprobados por la FDA para el uso en el ambiente de MRI

Número de *MLN Matters*: MM7441 Revisada  
Número de petición de cambio relacionado: CR 7441  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de septiembre de 2011  
Fecha de efectividad: 7 de julio de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: R2307CP y R135NCD  
Fecha de implementación: 26 de septiembre de 2011

#### Resumen

El 8 de febrero de 2011, la organización Food and Drug Administration (FDA) concedió la aprobación del primer marcapasos diseñado para el uso en el ambiente de imagen de resonancia magnética (MRI) para ciertos exámenes de MRI.

Medicare ha concluido, basado en evidencia, que los MRI mejoran los resultados de salud para los beneficiarios con marcapasos implantados (MP), cuando los PM son usados de acuerdo a la etiquetación aprobada de la FDA para el uso en un ambiente de MRI. Efectivo para servicios en o después del 7 de julio de 2011, Medicare permitirá la cobertura de los MRI para los beneficiarios con estos PM probados por la FDA.

Para atestiguar que la documentación se encuentra en archivo y que verifica que los requisitos de etiquetación aprobada por la FDA son cumplidos, el proveedor envía el modificador KX en las líneas de la reclamación. Esto

(Continúa en la página siguiente)

## MRI... (continuación)

es necesario solamente para las reclamaciones que no están asociadas con las pruebas clínicas.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7441.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7441, 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/R135NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2307CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 135, CR 7441 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2307, CR7441

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

## Actualización de la categoría del estatus de la reclamación y los códigos en el estatus de la reclamación

Número de *MLN Matters*: MM8265

Número de petición de cambio relacionado: CR 8265

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de abril de 2013

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2681CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8265 explica que el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos los pagadores de beneficios del cuidado de la salud utilicen solamente la categoría de códigos del estatus de la reclamación aprobados por el comité nacional de mantenimiento de códigos para reportar el estatus de la reclamación (es) presentada (s). Los códigos de propiedad no pueden ser usados en el X12 276/277 para reportar el estatus de la reclamación. El grupo de códigos están disponibles en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>. La lista de códigos incluye la fecha cuando el código fue agregado, cambiado o eliminado.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8265.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8265, 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/R2681CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2681, CR 8265

*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.*

### 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 cómo facturar a Medicare correctamente la primera vez. Usted encontrará los recursos de autoauditoría más populares de First Coast, incluyendo la hoja de cálculo interactiva de E/M, el reporte de resumen de data del proveedor (PDS), y el reporte de facturación comparativo (CBR).

## EHR

### CMS ofrece nuevas herramientas para los programas de incentivo de registros de salud electrónicos (EHR)

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente añadieron nuevos recursos para los proveedores del cuidado de la salud en su transición a una mayor utilización de los registros de salud electrónicos (EHR).

#### Fase 2 Conjunto de herramientas

En marzo, CMS publicó su nueva *Fase 2 conjunto de herramientas* interactiva, la cual incluye materiales en la Fase 2 y los requerimientos de medida de calidad clínica (CQM) de 2014. La Fase 2 representa el punto de referencia del segundo programa de incentivo de EHR de una serie para los proveedores del cuidado de la salud para mostrar que han convertido sus operaciones de negocio de mayormente registros en papel a la realización de monitoreo y procedimientos de prestación de servicios de salud a través de métodos electrónicos. El conjunto de herramientas incluye la siguiente información:

- Un resumen de la Fase 2
- Preguntas frecuentes sobre la Fase 2
- Cómo las provisiones de la Fase 2 afectan los requerimientos de la Fase 1
- Tablas de comparación de criterios de Fase 1 y Fase 2
- Detalles sobre ajuste de pago y exenciones por dificultades
- Las CQM de 2014, incluyendo descripciones, notas de la versión técnica, y los conjuntos básicos recomendados para los EP y hospitales elegibles



Lo más temprano que los criterios para la Fase 2 serán efectivos es el 1 de octubre de 2013, para hospitales

elegibles y hospitales de cuidado crítico. Para los profesionales elegibles tales como médicos, la fecha efectiva más temprana es el 1 de enero de 2014. Para recibir cualquier pago de incentivo bajo el programa de incentivo de EHR Medicare, los proveedores tienen que inscribirse antes del 2014.

#### Pagos de incentivo

Desde enero de 2011, 180,000 proveedores del cuidado de la salud han recibido \$10.3 billones en pagos por participar en los programas de incentivo de EHR. Esto incluye cerca de 14 mil proveedores individuales y 91 hospitales en Florida.

#### Auditorías del programa de incentivo

CMS realiza auditorías en proveedores de Medicare quienes están participando en los programas de incentivo de EHR. Para ayudar a los proveedores a recopilar la documentación de respaldo y prepararse para una posible auditoría, CMS recientemente añadió una nueva hoja informativa. La hoja informativa y un ejemplo de la carta de solicitud de auditoría para ambos, los EP y hospitales elegibles, también están disponibles en la página Web de los [recursos educacionales](#) del sitio Web de los programas de incentivo de EHR.

#### Preguntas frecuentes actualizadas

Para mantenerle actualizado con información sobre los programas de incentivo de EHR, CMS también recientemente añadió varias nuevas FAQ y respuestas a la [base de datos de FAQ](#) de EHR.

- ¿Puede ser actualizada, cambiada, cancelada o retirada la información de certificación presentada para los programas de incentivo de EHR después de una presentación exitosa en el sistema de certificación e inscripción de EHR?
- ¿Cómo puede un EP que es nuevo en una práctica cumplir con el criterio predominante de práctica/volumen de paciente para ser elegible para el programa de incentivo de Medicaid EHR?
- ¿Cómo deberían los EP seleccionar los objetivos de menú para los programas de incentivo de EHR de Medicare y Medicaid?

Visite el sitio Web de los [programas de incentivo de Medicare EHR](#) para respuestas a estas preguntas y las

(Continúa en la página siguiente)

## CMS ofrece... (continuación)

últimas noticias sobre los programas de incentivo de EHR.

*Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. La información contenida en este artículo fue previamente publicada en una edición semanal de "CMS Medicare FFS Provider e-News."*

## Facturación

### Revisión de las reglas de facturación para evitar la presentación potencial de reclamaciones duplicadas

Número de *MLN Matters*: MM8121

Número de petición de cambio relacionado: CR 8121

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de marzo de 2013

Fecha de efectividad: 29 de abril de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2678CP

Fecha de implementación: 29 de abril de 2013

#### Resumen

Con los derechos de apelación en las reclamaciones duplicadas, limitadas a algunos servicios de la Parte B, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recomienda a todos los proveedores de atención médica revisar los criterios de codificación correcta para garantizar que las reclamaciones no duplicadas no queden atrapadas en las pantallas de reclamaciones duplicadas.

CMS ha actualizado el *manual único de Internet de Medicare (IOM)*, [Chapter 1, Section 120](#): "Detection of Duplicate Claims" para asistir a los proveedores con la presentación correcta de la codificación en las reclamaciones.

El artículo 8121 (MM8121) de *MLN Matters*<sup>®</sup> resume estas actualizaciones y describe el proceso por el cual los contratistas revisan las reclamaciones institucionales de la Parte B y las reclamaciones para equipos médicos duraderos prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS). El artículo explica lo que un contratista de Medicare busca al analizar la historia de las reclamaciones pagadas y pendientes, reclamaciones duplicadas y los criterios para la detección de reclamaciones sospechosas duplicadas.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8121.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8121, 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/R2678CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2648, CR 8121

*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.*

### Implementación de la resolución 1455-R de CMS

El 13 de marzo de 2013, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron la resolución 1455-R que establece un proceso interino para que los hospitales facturen a Medicare por servicios de la Parte B luego de una denegación de una reclamación por una admisión de hospitalización como no razonable y necesaria. Los proveedores afectados deberán seguir las instrucciones temporeras para ambos tipos de facturas (TOB) de la Parte B, TOB 12x y TOB 13x, que pueden ser encontradas en el siguiente enlace: <http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Hospital/Other-Content-Types/Quick-Reference-CMS-1455-R.pdf>

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

## Suspendida la retención de reclamaciones abril 2013

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid han direccionado a sus contratistas de administración de reclamaciones de Medicare a liberar todas las reclamaciones a procesamiento que ellos han estado reteniendo como resultado de problemas técnicos asociados con la publicación trimestral de sistemas de abril 2013. Los tipos de reclamaciones siendo liberadas el miércoles, 17 de abril de 2013, son (1) reclamaciones finales de salud en el hogar, (2) reclamaciones de hospital ambulatorio de cuidado crítico y de clínicas de salud rural donde se han aplicado dólares al deducible del beneficiario, (3) reclamaciones del sistema de pagos prospectivos de pacientes internos (IPPS) con nueva tecnología de pagos añadidos, (4) reclamaciones de IPPS con pagos extraordinarios, (5) reclamaciones ambulatorias con pagos extraordinarios, (6) reclamaciones de la enfermedad renal en estado terminal con pagos extraordinarios, y (7) reclamaciones de hospital siquiátrico con pagos extraordinarios y ningún otro pago. En resumen, en este momento todas las reclamaciones de tarifa fija de Medicare están siendo procesadas bajo procedimientos normales.

Como un recordatorio, los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare publicaron el Medicare Advantage IPPS con reclamaciones de educación médica indirecta así como también las reclamaciones de servicios de asistente en cirugía y centro quirúrgico ambulatorio a procesamiento el lunes, 15 de abril de 2013.

Fuente: CMS PERL 201304-07

---

## Facturación correcta de las unidades de servicio

Los lineamientos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los médicos y otros proveedores realicen la facturación usando los códigos apropiados HCPCS o CPT® y reporten con precisión las unidades de servicio. Los médicos y otros proveedores deben asegurarse de que las unidades facturadas no excedan el número máximo de unidades por día basado en el descriptor de código, las instrucciones del reporte asociadas con el código y/o diferentes políticas de CMS locales o nacionales.

Fuente: CR 8247

---

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

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

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

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

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

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

### A. Servicios de cuidado directo del paciente

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

1. Son provistos personalmente por un médico a un paciente individual;

(Continúa en la página siguiente)

## Resultados... (continuación)

2. Contribuye directamente al diagnóstico o tratamiento de un paciente individual; y
3. Un médico tiene que ejecutar normalmente.

Estos incluyen:

- Visitas al paciente durante diálisis, en conjunto con revisión de resultados de pruebas de laboratorio, notas de las enfermeras, y cualquier otra documentación médica, como una base para el ajuste del medicamento del paciente o dieta o del procedimiento de diálisis, receta de suministros médicos, y evaluación del estatus psicosocial del paciente y la conveniencia de la modalidad del tratamiento.
- Dirección médica del personal en la prestación de servicios a un paciente durante una sesión de diálisis;
- Evaluaciones pre y post diálisis donde sea médicamente apropiado;
- Inserciones de un catéter para pacientes en mantenimiento de diálisis peritoneal a quienes no se les proporciona un catéter permanente;
- Servicios los cuales tienen que ser provistos en un momento que no sea durante el procedimiento de diálisis; por ejemplo, evaluaciones mensuales y semestrales para revisar estatus de salud y tratamiento; y
- Otros servicios prestados durante diálisis; por ejemplo, descoagular los fluidos, inserciones de agujas en la fístula, cuidado durante complicaciones inmediatas que representan una amenaza a la vida relacionadas al proceso de diálisis, y cuidado de condiciones no renales.

## B. Servicios administrativos

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

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

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

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

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

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

[Medicare Claims Processing Manual, Chapter 8, Section 140](#)  
[Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 11, Section 80.2](#)

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



## ICD 10

### Guía de implementación de ICD-10 en el procesamiento de reclamaciones de servicios de tarifa fija de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7492  
Número de petición de cambio relacionado: CR 7492  
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2011  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R950OTN  
Fecha de implementación: 1 de enero de 2012

#### Resumen

**Nota:** el artículo de *MLN Matters*® MM7492 fue revisado el 21 de marzo de 2013, para agregar una referencia al artículo de edición especial [SE1239](#) el cual anuncia la **fecha de implementación revisada de ICD-10 del 1 de octubre de 2014**.

Este artículo resume los requisitos de procesamiento de reclamaciones de instituciones, profesionales y suplidores y cubre los siguientes requisitos generales:

**Reporte general de ICD-10:** según los códigos ICD-9, los proveedores y abastecedores tienen que reportar en las reclamaciones todos los caracteres de un código ICD-10 válido.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7492.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7492, 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/R950OTN.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 950, CR 7492

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

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

Número de *MLN Matters*: MM7818  
Número de petición de cambio relacionado: CR 7818  
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de septiembre de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R1122OTN  
Fecha de implementación: 7 de enero de 2013

#### Resumen

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

Los requerimientos descritos en la petición de cambio (CR) 7818 reflejan los cambios operativos necesarios para implementar la conversión de los códigos específicos de diagnóstico del sistema compartido de

Medicare a numerosas determinaciones de cobertura nacional (NCD) de Medicare. Los cambios incluyen la creación y actualización de las NCD codificadas en la edición del sistema compartido de Medicare que contiene los códigos de diagnóstico ICD-9 con los códigos de diagnóstico comparables de ICD-10.

#### Información adicional

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

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

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

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

## Conversión a ICD-10 y la infraestructura de códigos relacionada del sistema compartido de Medicare perteneciente a las NCD

Número de *MLN Matters*: MM8197 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8197  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de marzo de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013 y 1 de octubre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1199OTN  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013 y 7 de octubre de 2013



### Resumen

Efectivo 1 de octubre de 2014, todas las presentaciones de reclamaciones serán convertidas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a edición* (ICD-9) a ICD-10. De acuerdo con la norma final de ICD-10, todas las entidades de la industria del cuidado de la salud deben adherirse a la conversión la cual requiere cambios en los negocios y en los sistemas.

El propósito de la petición de cambio (CR) 8197 es crear o actualizar la edición del sistema compartido codificado de la determinación de cobertura nacional (NCD) que contiene los códigos de diagnóstico ICD-9 comparables a los códigos de diagnóstico ICD-10 más toda la infraestructura de códigos asociados tales

como códigos de procedimiento, mensajes de denegación, ediciones de frecuencia, etc.

**Nota:** La fecha de implementación es previa a la fecha de efectividad para estar preparados y cumplir con el cronograma para implementar los nuevos códigos de diagnóstico ICD-10, el 1 de octubre de 2014.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8197.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8197, 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/R1199OTN.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 119, CR 8197

*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

### Delegación de tareas de médicos en los SNF y NF

Número de *MLN Matters*: SE1308 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: 8 de marzo de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: 8 de marzo de 2013

### Resumen

Este artículo provee una clarificación de las normas federales que permite a los médicos delegar ciertas tareas a los profesionales de la salud en los centros de enfermería especializada (SNF) y centros de enfermería (NF). Específicamente, se refiere a la autoridad de los profesionales de enfermería, asistentes médicos o especialistas en enfermería clínica para llevar a cabo las visitas al médico, escribir

órdenes y firmar las certificaciones y las nuevas certificaciones.

La diferencia en las políticas entre los dos ambientes (SNF y NF) está basada en los estatutos y regulaciones aplicables. La aplicación impropia de estas regulaciones puede afectar el cumplimiento de la facilidad y el pago a los proveedores.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1308.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1308

*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.*

**Cortes... (continuación)**

están sujetos a la reducción del 2 por ciento. No hay excepciones provistas por la ley de medicamentos o cualquier otro producto o servicio del cuidado de la salud bajo el programa de servicios mediante tarifa fija.

**Nota:** Anteriormente fueron publicadas unas FAQ relacionadas con secuestro en la edición de marzo de 2013 de Medicare A y B Al Día, páginas 10-11. Usted también puede acceder a la lista completa en [http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas\\_frecuentes/Respuestas/252064.asp](http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_frecuentes/Respuestas/252064.asp).

---

## Implementación de la adjudicación para el contratista administrativo de Medicare de la jurisdicción E

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) ha adjudicado el contrato del contratista administrativo de Medicare A/B (MAC) de la jurisdicción E (JE) para la administración de las reclamaciones de servicio por tarifa fija de Medicare Parte A y Parte B en los estados y territorios de California, Hawaii, Nevada, American Samoa, Guam y las Northern Marianas a Noridian Administrative Services, LLC (NAS). El volumen de trabajo de JE (conocido como jurisdicción 1) está actualmente siendo procesado por Palmetto Government Benefit Authorizers (PGBA). La dirección de NAS es:

Noridian Administrative Services, LLC  
900 42nd Street  
South Fargo, North Dakota 58103

### Información adicional

Para más información sobre el cambio a la CR 8226, aquí está el enlace <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1201OTN.pdf>.

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

---

## Actualización de CARC, RARC, MREP y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM8281Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: CR 8281  
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de abril de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2686CP  
Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8281 instruye a los contratistas de Medicare y a los mantenedores del sistema compartido (SSM) a hacer cambios de programación para incorporar nuevos, modificados y desactivados códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y códigos de denegación de ajuste de reclamación (RARC) que hayan sido añadidos desde la última actualización de código provista por la CR 8154 (Transmisión 2618 emitida el 21 de diciembre de 2012). También instruye al sistema estándar intermediario fiscal (FISS) y el sistema VIP Medicare (VMS) para actualizar el software de PC Print y Medicare Remit Easy Print (MREP) respectivamente.

La CR 8281 no provee una lista completa de códigos. Usted debe conseguir la lista completa para ambos CARC y RARC del sitio Web de Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/Reference>.

**Nota:** Si usted utiliza el software de MREP o PC Print, asegúrese de descargar el software actualizado cuando estén disponibles.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8281.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8281, 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/R2686CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2686, CR 8281

*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.*

## Anunciados los proveedores por contrato de DMEPOS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han anunciado los proveedores por contrato para la fase 2 y el programa nacional de pedidos por correo del programa de licitación competitiva del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos (DMEPOS) de Medicare. Una lista de los nombres de los proveedores por contrato está disponible en [www.dmecompetitivebid.com](http://www.dmecompetitivebid.com). La ubicación de los proveedores por contrato, para cada categoría de producto, en cada área de oferta competitiva, puede ser encontrada en el directorio de proveedores en [www.medicare.gov/supplier](http://www.medicare.gov/supplier).

Para información adicional:

- [Comunicado de prensa](#)
- [Hoja informativa](#)

### Nuevo nombre para CBIC ombudsmen

CMS está cambiando el nombre para Competitive Bidding Implementation Contractor (CBIC) ombudsmen a CBIC liaisons (enlaces CBI). Este cambio ayudará a diferenciar entre CBIC liaisons (enlaces CBI) y CMS Competitive Acquisition Ombudsman. Los CBIC liaisons (enlaces CBI) ya están disponibles para ayudar a los proveedores, agentes de referencia y otras partes interesadas clave con preguntas e inquietudes acerca del programa, proporcionar asistencia para localizar a proveedores contratados y participar en eventos educativos. Hay un CBIC liaison (enlace CBIC) asignado en cada uno de varios territorios geográficos regionales que consiste en la fase 1, fase 2 y en las áreas nacionales de pedidos por correo del programa de licitación competitiva. Una lista de CBIC liaisons (enlaces CBIC) y su información de contacto está disponible en <http://www.dmecompetitivebid.com> bajo "Contact Us."

*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 201304-03



## Pagos de Medicare para medicamentos usados para tratar la degeneración macular húmeda relacionada con la edad

Los proveedores que realizan tratamientos para beneficiarios por la degeneración macular húmeda relacionada con la edad pueden estar interesados en el siguiente reporte de la Oficina del Inspector General (OIG) *Medicare payments for drugs used to treat wet age-related macular degeneration* (reporte OEI-03-10-00360). Un resumen y el enlace al reporte completo están disponibles en el siguiente sitio Web de OIG: <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-03-10-00360.asp>.

Fuente: CR 8247

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

## Implementación completa de ediciones de reclamaciones para artículos y servicios ordenados/referidos

Número de *MLN Matters*: SE1305 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

Este artículo de edición especial de *MLN Matters*<sup>®</sup> es una consolidación y actualización de artículos previos (SE1011, SE1201, SE1208, y SE1221) respecto a servicios ordenados y referidos. Efectivo el 1 de mayo de 2013, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid activarán la fase 2 de las ediciones de denegación. Esto significa que Medicare denegará las reclamaciones por servicios o suministros que requieren un proveedor que ordene/refiera sea identificado cuando ese proveedor no está identificado en la reclamación, no está en los

*(Continúa en la página siguiente)*

## Implementación.. (continuación)

registros de inscripción de Medicare, y/o no es de un tipo de especialidad que puede ordenar o referir el artículo o servicio que ha sido provisto al beneficiario.

Si usted ordena o refiere artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare y no tiene un registro de inscripción de Medicare, usted necesita presentar una solicitud de inscripción a Medicare. Usted puede completar su solicitud en línea a través de Internet-based Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) o completando y enviando por correo la solicitud de inscripción impresa (CMS-855O).

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1305.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1305

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

## Inscripción del Proveedor

### Los formularios de la inscripción de proveedores de Medicare requieren los números del seguro social patronal

Número de *MLN Matters*: MM8258 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: CR 8258

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de abril de 2013

Fecha de efectividad: 13 de mayo de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R459PI

Fecha de implementación: 13 de mayo de 2013

## Resumen

El Social Security Act requiere que los números de identificación del empleador o los números de seguridad social de todas las entidades y personas que figuran en las secciones 5 y 6, respectivamente, de la solicitud de inscripción de proveedores de Medicare, formulario CMS-855, sean publicados.

En el artículo que se hace referencia a continuación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ofrecen orientación para el procesamiento de las solicitudes cuando el seguro social patronal (TIN) en las secciones 5 y 6 del formulario CMS-855 no es entregado por el proveedor aplicante.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8258.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8258, 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/R459PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 459, CR 8258

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

### Calcule las posibilidades ...

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

## Tarifa Fija

### Actualización de abril a la base de datos del manual de tarifas fijas para médicos de Medicare 2013

Número de *MLN Matters*: MM8169 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8169  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de marzo de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2677CP  
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8169, la cual instruye a los contratistas de Medicare para descargar e implementar una nueva base de datos del manual de tarifas fijas para médicos de Medicare (MPFSDB).

Ya que los archivos revisados no han sido publicados, First Coast Service Options Inc. (First Coast) no sabe la magnitud de los cambios programados a ser implementados en la publicación del 1 de abril. Sin embargo, First Coast proveerá más detalles en cuanto al alcance de los cambios una vez los

*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.*

archivos sean recibidos de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid. Por favor continúe monitoreando la sección de las noticias de tarifas del sitio web [medicareespanol.fcsso.com](http://medicareespanol.fcsso.com) así como también las eNews que recibe semanalmente para más actualizaciones sobre los cambios en las tarifas fijas.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8169.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8169, 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/R2677CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2677, CR 8169

### 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, 21 de marzo de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-03-21-e-News.pdf>

CMS e-News para el jueves, 28 de marzo de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-03-28-eneews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 4 de abril de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-04-04-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 11 de abril de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-04-11-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 18 de abril de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-04-18Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 25 de abril de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-04-25Enews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201303-04, 201303-05, 201304-02, 201304-04, 201304-08, 201304-10

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Mayo de 2013

Medifest 2013 Tampa; construyendo una comunidad más fuerte a través de la educación (Partes A/B)

Cuando: 21 - 22 de mayo 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.

### Junio de 2013

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

Cuando: 13 de junio 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 A)

Cuando: 18 de junio 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.U

### 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.fcsou.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.

## Facturación

### Inclusión de ICD-10 del tipo de factura 33x

Número de *MLN Matters*: MM7704 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 7704  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1039OTN  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012



#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7704 provee una guía sobre el reporte de envío de reclamaciones y los requisitos de rango de fecha para el tipo de factura (TOB) 33x que contiene los códigos *International Classification of Diseases, 10th Edition* (ICD-10). Usted debe incluir los códigos ICD-10 en el TOB 33x que son enviados con las fechas de servicio/dada de alta a partir del 1 de octubre de 2013, y los códigos ICD-9 en aquellas enviadas con fechas de servicio/dada de alta antes de esa fecha. No envíe tales facturas con ambos tipos de códigos incluidos.

Tenga en cuenta que los tipos de factura 33x que incluyen los códigos ICD-9 y las fechas de servicio o fechas de dadas de alta/hasta las fechas a partir del 1 de octubre de 2013, serán devueltas al proveedor (RTP). En adición, cualquier 33x TOB con fechas antes del 1 de octubre de 2013, las cuales son facturadas con los códigos diagnósticos ICD-10 serán RTP.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7704.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7704, 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/R1039OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1039, CR 7704

*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.*

### Instrucciones de procesamiento de reclamaciones para facturas de costos ordinarios y facturas de costos extraordinarios cuando se han agotado los beneficios del beneficiario

Número de *MLN Matters*: SE1310  
 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 provee instrucciones para procesar reclamaciones cuando un beneficiario de Medicare haya agotado los días de beneficio. El artículo incluye ejemplos para ilustrar la política actual de Medicare sobre los pagos extraordinarios cuando:

- La cantidad límite del costo extraordinario es \$50,000
- La cantidad límite es alcanzada el día 25
- Los cargos facturados son \$1,000 cada día, a partir de entonces
- El beneficiario elige utilizar cualquier día disponible de la reserva de por vida (LTR)

*(Continúa en la página siguiente)*



## Instrucciones...(Continuación)

En adición, el artículo ilustra la política de Medicare cuando el beneficiario utiliza todos sus días de beneficio de la Parte A durante la parte correspondiente a los costos ordinarios de su estadía cuando:

- La cantidad límite del costo extraordinario es \$60,000
- La cantidad límite no es alcanzada
- El beneficiario elige utilizar cualquier día de LTR disponible

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1310.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1310

*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

### Actualización de códigos de diagnóstico para agregar pagos para el factor de coagulación de sangre administrado a pacientes hemofílicos

Número de *MLN Matters*: MM7553 Revisada  
Número de petición de cambio relacionado: CR 7553  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: R2332CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

## Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 7553 que actualiza los códigos de diagnóstico requeridos para permitir pagos agregados bajo el sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) para el factor de coagulación de sangre administrado a pacientes hemofílicos.

CR 7553 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 3 (Inpatient Hospital Billing, Sección 20.7.3 (pagos para el factor de coagulación de sangre administrado a pacientes hemofílicos hospitalizados) con los siguientes cambios de código de diagnóstico para permitir pagos agregados bajo IPPS.

Agregados:

- A partir del 1 de octubre de 2011 – 286.52, 286.53, 286.59
- A partir del 1 de octubre de 2013 – D6831

Eliminado:

- A partir del 30 de septiembre de 2011 – 286.5

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7553.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7553, 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/R2332CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2332, CR 7553

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

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

Número de *MLN Matters*: MM8078 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8078  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de marzo de 2013  
 Fecha de efectividad: 3 de diciembre de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1200OTN  
 Fecha de implementación: 3 de diciembre de 2012

### Resumen

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

- Nombre del hospital
- Número de certificación de CMS
- Días de SSI
- Días totales de Medicare
- Ratio de días de paciente de la Parte A de Medicare atribuible a beneficiarios de SSI

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8078, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1200OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1200, CR 8078

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

## Resolución de los administradores de CMS: nueva facturación de la Parte A a la Parte B en las reclamaciones denegadas de hospital para pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: MM8185  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8185  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2011  
 Fecha de efectividad: 22 de marzo de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1203OTN  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

### Resumen

La resolución establece que, cuando la reclamación de la Parte A para la admisión de hospital para pacientes hospitalizados es denegada por el contratista de revisión de Medicare, porque la hospitalización no es razonable y necesaria, el hospital puede presentar las reclamaciones por los servicios de la Parte B que inicialmente habrían sido pagables al hospital en el cual el beneficiario fue tratado originalmente como un paciente ambulatorio y no admitido como un paciente hospitalizado, excepto cuando aquellos servicios requieren específicamente un estado de paciente ambulatorio.

La resolución también establece una política provisional para hacer frente a ciertas decisiones de apelación de la Parte A hasta que sea establecida una política permanente de estos cambios.

(Continúa en la página siguiente)

## Resolución..(Continuación)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8185.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8185, 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/R1203OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1203, CR 8185

*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 publica reportes actualizados de reportes electrónicos PEPPER para proveedores de cuidado a largo plazo

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron el cuarto trimestre de 2012 de información estadística sobre hospitales de cuidado intensivo a largo plazo (LTCH), hospitales de cuidado crítico (CAH), centros de hospitalización psiquiátrica (IPF), centros de rehabilitación hospitalaria (IRF), hospicios, y programas de hospitalización parcial (PHP) del programa de Medicare para evaluar el reporte electrónico de patrones de pago (PEPPER).

De acuerdo con CMS, los reportes PEPPER contienen un número de cambios de publicaciones anteriores. Los reportes PEPPER de abril incluyen:

- Un nuevo reporte para hospitales de cuidado intensivo a largo plazo, “estadías cortas para diagnósticos del sistema respiratorio”
- Cambios para hospitales de cuidado crítico incluyen un nuevo reporte llamado única complicación o comorbilidad (CC) y complicación mayor o comorbilidad (MCC), o “única CC/MCC” y, la discontinuación del reporte “estadías de un día por dolor en el pecho/aterosclerosis”
- Para programas de hospitalización parcial, el nuevo reporte de PEPPER revisa días de servicio con 4 unidades, terapia de grupo y más de 60 días de servicio mide y modifica la manera en que los episodios de cuidado de PHP son reportados.
- Cambios para reportes de hospicio de PEPPER el cual incluye modificaciones en la manera en que las reclamaciones de hospicio son evaluadas.

PEPPER es un reporte libre de costo comparando las prácticas de facturación de Medicare de los centros con otros proveedores similares en el estado, contratista administrativo de Medicare (MAC) o jurisdicción de intermediario fiscal (FI), y país. Los reportes PEPPER también resume las estadísticas de data específicas del proveedor para servicios de Medicare que pueden estar en riesgo por pagos indebidos.

Muchos proveedores utilizan los reportes PEPPER para monitorear áreas para mejora de la documentación médica y para desarrollar e implementar programas de cumplimiento interno para minimizar su riesgo de fraude y abuso. Para más información sobre el programa PEPPER, por favor refiérase a la [guía de usuarios PEPPER de CMS](#).

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

### Síntase 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)



## CMS publica la actualización para el 2014 de las medidas de calidad clínica (CQM) para hospitales elegibles

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente las medidas de calidad clínica (CQM) del 2014 para hospitales elegibles así como las especificaciones correspondientes para los reportes electrónicos y el acceso a los elementos de datos relacionados y grupos de valores.

Las medidas de calidad clínica (CQM) realizan el seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios prestados del cuidado de la salud. Las CQM evalúan los resultados de salud, los procesos clínicos, la seguridad del paciente, el uso eficiente de los recursos del cuidado de la salud, la coordinación de la atención, los compromisos con el paciente frente a la salud pública establecida y las directrices clínicas.

A partir de 2014, CMS utilizará las CQM para alinear el programa de incentivos de los archivos de salud electrónicos y reducir la carga para los proveedores al reportar las medidas de calidad. La actualización de las CQM del 2014 para los hospitales elegibles incluye nuevos códigos, correcciones de lógica y clarificaciones. CMS actualiza las especificaciones anualmente para asegurar que esas especificaciones mantienen un alineamiento con las directrices clínicas actuales y se mantienen relevantes y aplicables en el ámbito de la atención clínica.

En la edición del 4 de abril de 2013 de [CMS Medicare FFS Provider e-News](#), CMS provee una serie de enlaces a recursos que los hospitales elegibles pueden usar para implementar las CQM. También, CMS recientemente actualizó las preguntas hechas frecuentemente de la sección para [el programa de incentivos de Medicare EHR para hospitales](#).

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

### Información General

## CMS coloca una suspensión en reclamaciones de IPPS con tecnología de pagos añadidos

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente identificó un problema con la remesa de pago asociada con las reclamaciones del sistema de pago prospectivo de pacientes internos (IPPS) con la nueva tecnología de pagos añadidos y una fecha de alta a partir del 1 de abril de 2013.

En la edición del 4 de abril de 2013, de [CMS Medicare FFS Provider e-News](#), CMS escribió que espera resolver el problema para el 14 de abril de 2013. CMS instruyó a los contratistas de Medicare a retener tales reclamaciones hasta que complete la corrección. CMS soltará las reclamaciones retenidas el 15 de abril de 2013.

Los proveedores experimentarán poco, o ningún impacto debido a la redención. Bajo la ley actual, los contratistas de Medicare no pagan reclamaciones electrónicas, limpias, antes de 14 días calendarios luego de la fecha de recibo.

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

## Omisión temporera del archivo común del trabajo de la edición de estadía C7123 para todas las reclamaciones de SNF y SB

Debido a un problema de la edición de estadía C7123, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han instruido a los contratistas para omitir la edición C7123 para todas las reclamaciones de los centros de enfermería especializada (SNF) y las instalaciones con camas de uso múltiple (SB) hasta que la lógica del archivo común del trabajo (CWF) sea corregida para identificar las estadias hospitalarias previas a su clasificación.

Una vez los contratistas implementen la omisión, ellos publicarán cualquier reclamación afectada de SNF y SB que se encuentre actualmente suspendida en su sistema. Los proveedores pueden ajustar aquellas reclamaciones que fueron incorrectamente rechazadas con C7123 o llamar la atención de su contratista sobre esas reclamaciones afectadas para que sean ajustadas.

CMS se encuentra actualmente redactando una transmisión para implementar el criterio apropiado para la omisión de la edición C7123 de estadía para prevenir denegaciones incorrectas en el sistema. Los contratistas continuarán omitiendo la edición C7123 hasta que la transmisión sea implementada.

Fuente: 201304-05

## Solicitudes para invalidar la puntualidad

First Coast Service Options Inc. (First Coast) frecuentemente recibe solicitudes para invalidar la puntualidad en las reclamaciones de la Parte A cuando el motivo es el cambio de estatus de un paciente. Cuando se presentan reclamaciones, los proveedores de Medicare deben proveer una explicación detallada que muestre por qué el estatus del paciente está siendo cambiado. El motivo del “estado del paciente” por sí mismo no es una justificación suficiente para proveer una aprobación de las reclamaciones presentadas puntualmente. Las solicitudes de las reclamaciones presentadas puntualmente no serán aprobadas si no se provee una explicación detallada que corrobore el por qué una reclamación no podría haber sido presentada a tiempo, aunque la razón de la corrección sea para cambiar el estado del paciente.

---

## Se acerca una fecha límite importante para el programa de reporte de calidad de LTCH

### La fecha límite para la presentación de data de FY 2014 es el 15 de mayo

Para evitar una reducción del 2 por ciento en su actualización de pago anual, los hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH) enfrentan una fecha límite importante para reportar actividades relacionadas al programa de reporte de calidad de LTCH (LTCHQR).



Se requiere que los LTCH reporten información sobre el porcentaje de úlceras de presión, infecciones urinarias y de sangre asociadas con el uso de catéteres que experimentan los pacientes en su centro. En el 2012, CMS adoptó tres medidas para la recopilación de data y reporte para el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2012 para la determinación de actualización de pago para el año fiscal (FY) 2014:

- Porcentaje de residentes con úlceras de presión nuevas o empeoradas (NQF #0678)
- Infección del tracto urinario asociada con el catéter urinario (CAUTI) (NQF #0138)
- Infección de sangre asociada al catéter de línea central (CLABSI) (NQF #0139)

Las definiciones actuales para las tres medidas de calidad de LTCH están disponibles en el *LTCHQR Program Manual* en la sección “Downloads” al final del [sitio Web del programa de LTCHQR](#).

### Determinación de actualización de pago para el año fiscal 2015

Además de la participación en actividades de presentación de data para la determinación de actualización de pago de FY 2014, los LTCH deben estar recopilando data sobre estas tres medidas para la determinación de actualización de pago para FY 2015.

Para los cuatro periodos de reporte en 2013, las fechas límites finales para la presentación de data son el 15 de agosto de 2013 para enero a marzo de 2013. La data del segundo, tercer y cuarto trimestre se debe el 15 de noviembre de 2013, 15 de febrero de 2014, y el 15 de mayo de 2014, respectivamente para la determinación de la actualización de pago para FY 2015.

Más información sobre el [programa de reporte de calidad de LTCH](#) está disponible en el sitio Web dedicado de CMS.

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

## 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 Revisada

Número de petición de cambio relacionado: CR 8136

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de abril de 2013

Fecha de efectividad: Episodios de salud en el hogar comenzando a partir del 1 de julio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2680CP

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 a las agencias de salud en el hogar (HHA) reportar nuevos códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) indicando la localidad de donde se prestan 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/R2680CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2680, 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.*

### Cambios al sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado FY 2012

Número de *MLN Matters*: MM7506 Revisada

Número de petición de cambio relacionado: CR 7506

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2011

Fecha de efectividad: para las dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2289CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2011

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7506, la cual informa a los contratistas de Medicare sobre la actualización del año fiscal (FY) 2012 a los grupos de diagnóstico relacionado de severidad (MS-DRG) y codificación de ICD-9-CM. Los cambios de codificación requieren una actualización al ajuste de comorbilidad del sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS), efectivo el 1 de octubre de 2011.

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

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMatterArticles/Downloads/MM7506.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7506, 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/R2289.pdf>.

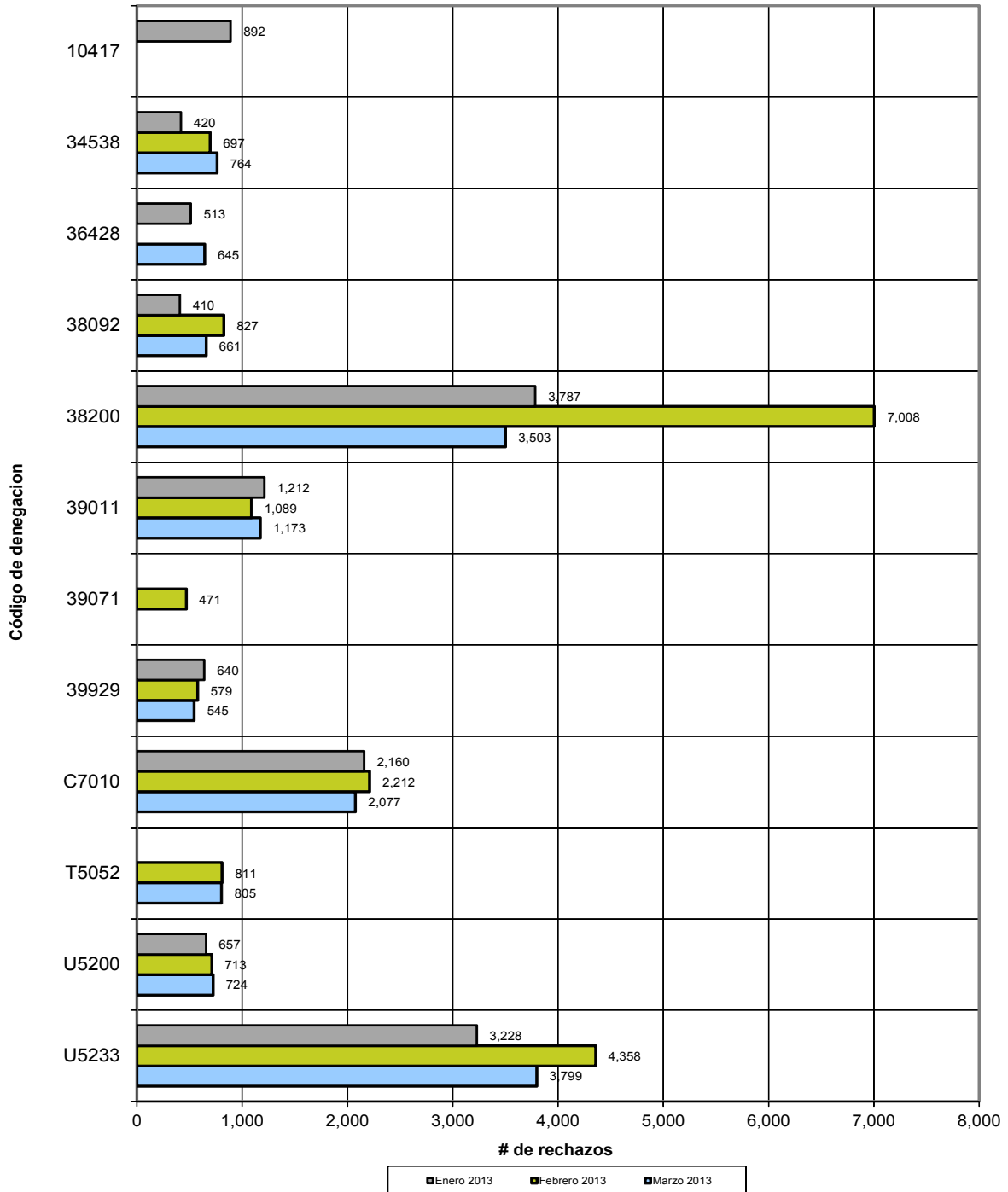
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2289, CR 7506

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

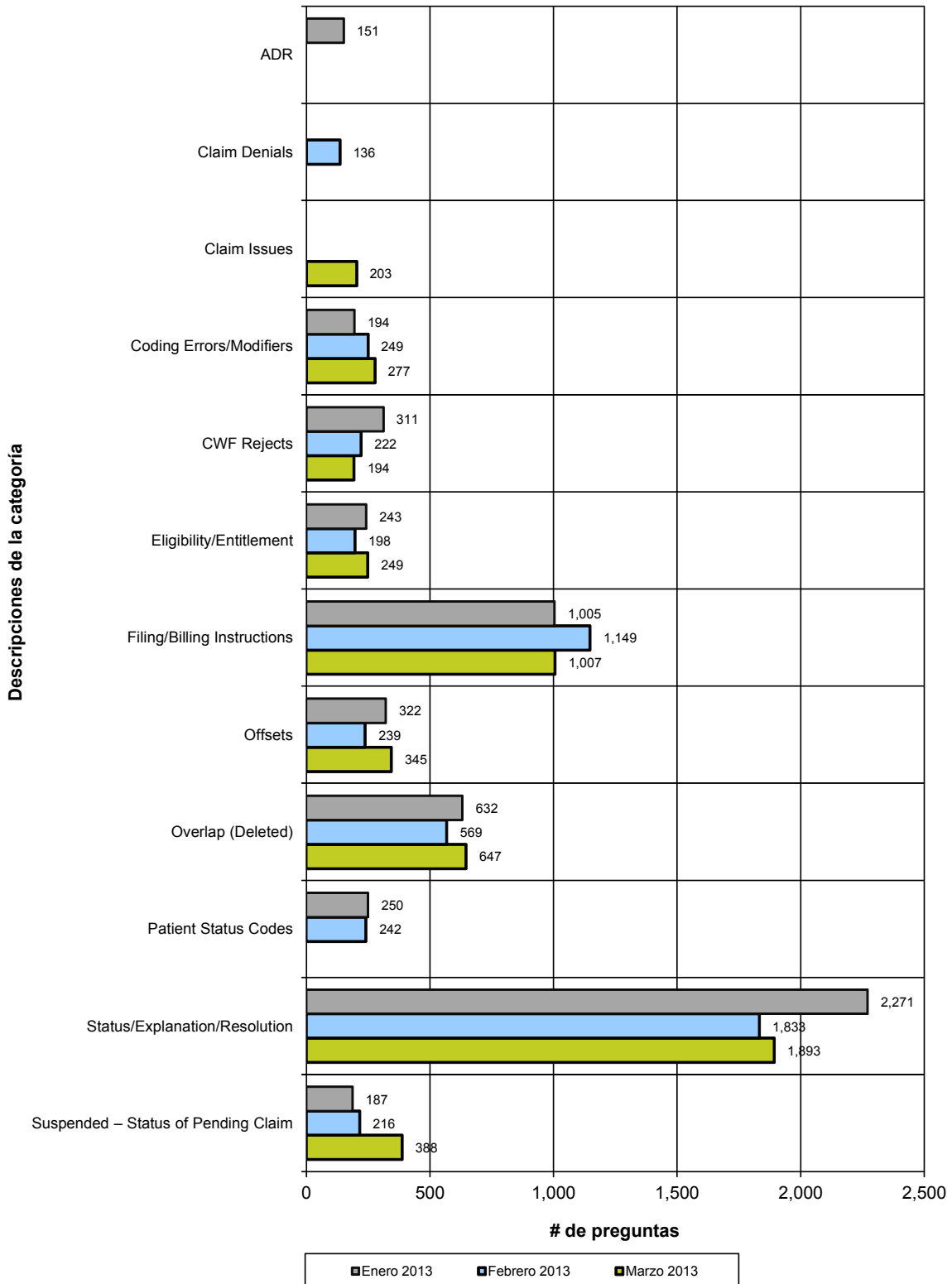
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

Rechazos más frecuentes de Parte A en enero-marzo de 2013

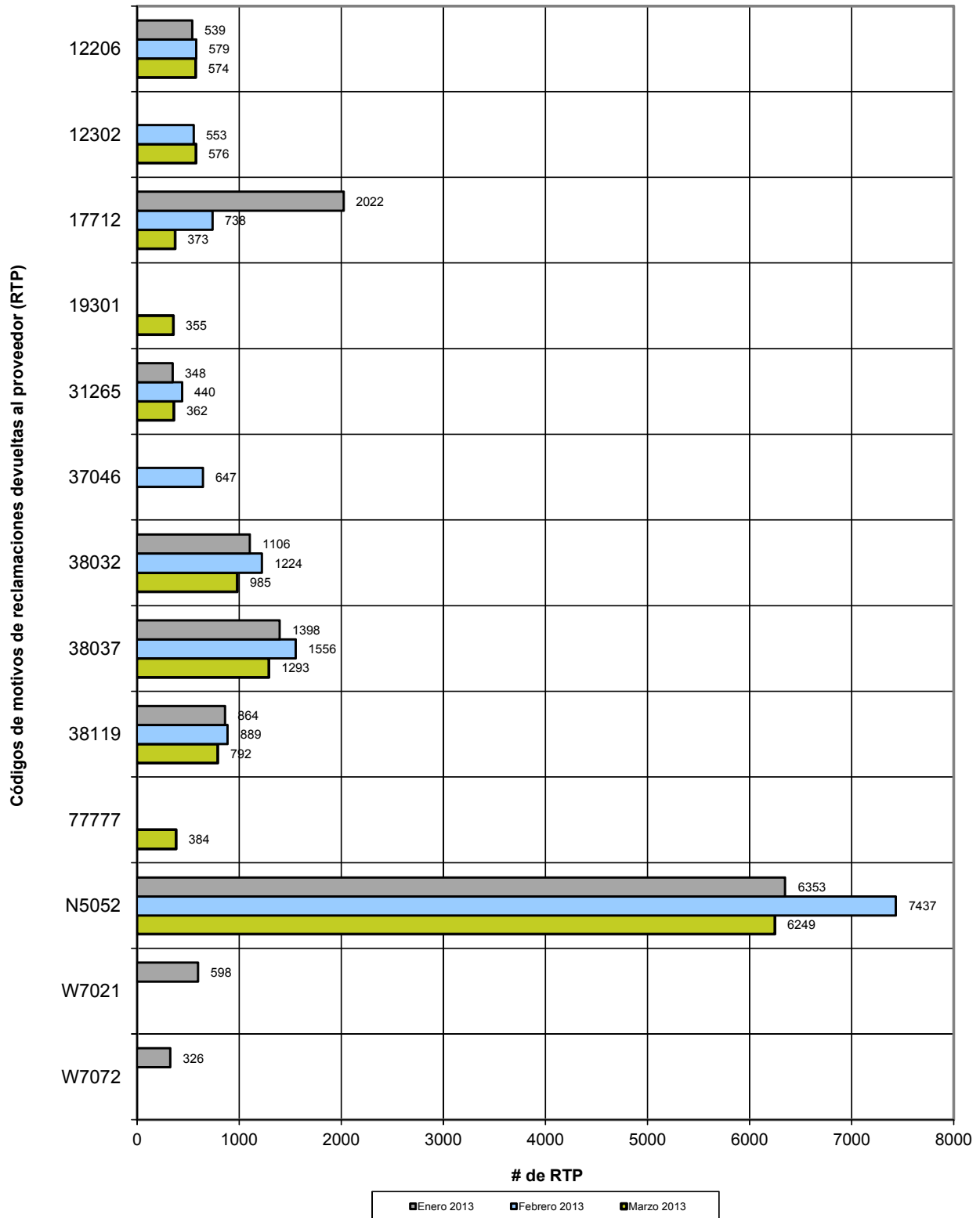


**Preguntas de Parte A más frecuentes en enero-marzo de 2013**





Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en enero-marzo 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

A64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS).....	27
A9091: Biofeedback.....	27
A78459: Myocardial imaging, positron emission.....	28
A93975: Duplex scanning.....	28
AJ1459: Intravenous immune globulin.....	28
AJ0881: Erythropoiesis stimulating agents.....	29
ANCSVCS: Noncovered services.....	29
ANCSVCS: Noncovered Services – CAC.....	30
ASKINSUB: Skin substitutes.....	30
ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services.....	31

### LCD nueva

APSYCH: Psychiatric diagnostic evaluation.....	31
--	----

### Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD).....	32
PROVENGE®: criterios para la revisión previa al pago.....	32

### 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

### A64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS) – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L32306 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para posterior tibial nerve stimulation (PTNS) fue efectiva el 31 de enero de 2012. Desde entonces, fue realizada una revisión a la LCD basada en una solicitud de reconsideración externa. El lenguaje fue agregado a las secciones de “Limitations” y “Utilization Guidelines”.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a **partir del 23 de abril de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

### A90901: Biofeedback – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28785 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28786 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para biofeedback fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en análisis de data la cual identificó este servicio como alto riesgo para el pago indebido de reclamación(es). Se observa una tendencia con varios proveedores quienes estaban facturando servicios de terapia física (es decir, *códigos CPT® 97032, 97110, 97112, 97140, 97150, 97530*, y código HCPCS G0283) con biofeedback para incontinencia urinaria en la misma fecha de servicio.

Revisiones a la LCD incluyen lo siguiente:

- Bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, la siguiente declaración fue añadida al octavo párrafo: “Los requisitos para los estudios de electromiografía y anorrectal (EMG) pueden ser encontrados en la LCD para manometría anorrectal y EMG del esfínteres urinario y anal.”
- Bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD una nueva sección titulada “Limitations of Coverage” fue añadida con las siguientes declaraciones:

“No se espera que los servicios de terapia física o terapia ocupacional sean facturados el mismo día de la terapia de biofeedback. “Si se factura la terapia física o terapia ocupacional el mismo día de servicio que biofeedback, estas reclamaciones serán desarrolladas para respaldar documentación y estarán sujetas a revisión médica.

Si se prestan servicios de terapia física o terapia ocupacional para indicaciones más allá del alcance tratadas en esta LCD, todos los requisitos para los servicios de rehabilitación tienen que ser cumplidos. Estos requisitos pueden ser encontrados en la LCD de terapia y rehabilitación.

Adiestramiento sobre biofeedback no será cubierto para incontinencia urinaria mecánica, condiciones psicosomáticas, o incontinencia urinaria funcional ya que estos tipos de incontinencia urinaria no son modificables para adiestramiento de biofeedback.”

- La sección “Documentation Requirements” de la LCD fue actualizada; y
- La sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

En adición, el documento adjunto “Coding Guidelines” de la LCD fue revisado en el último párrafo bajo la sección “Coding Guidelines.”

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 4 de junio 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 Centro 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](#).

## A78459: Myocardial imaging, positron emission tomography (PET) scan – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28933 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28954 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para imágenes miocárdica, tomografía de emisión de positrones (PET) fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en análisis de data que reveló sobreutilización de la razón proveedor a nación para el código CPT® 78492 (Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), perfusion; multiple studies at rest and/or stress), y los códigos HCPCS A9526 (Nitrogen N-13 ammonia, diagnostic, per study dose, up to 40 millicuries) y A9555 (Rubidium Rb-82, diagnostic, per study dose, up to 60 millicuries).

Las siguientes secciones de la LCD fueron revisadas:

- Política de cobertura nacional de CMS

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 4 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura 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](#).

## A93975: Duplex scanning – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29203 (Florida)**

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

La determinación de cobertura local (LCD) para duplex scanning fue revisada recientemente el 28 de febrero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” para agregar los códigos de diagnóstico V67.00 (Follow-up examination following surgery, unspecified) y V67.09 (Follow-up examination following other surgery) para los códigos CPT® 93975 y 93976 para que sean consistentes con la LCD de la Parte B para duplex scanning.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 16 de abril de 2013**, para servicios prestados **a partir del 26 de julio de 2004**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

## AJ1459: Intravenous immune globulin – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28895 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28917 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para intravenous immune globulin fue revisada recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, basada en la petición de cambio 8228, Transmittal 2664 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización de abril de 2013 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios [OPPS]), con fecha del 1 de marzo de 2013, la LCD fue revisada para agregar el código HCPCS C9130 bajo la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes”. Además, fueron actualizadas las secciones de la LCD “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision”.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de abril 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 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](#).

## AJ0881: Erythropoiesis stimulating agents – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28836 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28869 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Esta determinación de cobertura local (LCD) para erythropoiesis stimulating agents fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada bajo la sección “Indications” para Peginesatide (OMONTYS®) basada en la emisión reciente de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos del retiro voluntario nacional de todos los lotes de la inyección de Omontys® (peginesatide) de Affymax, Inc. y Takeda Pharmaceuticals Company Limited efectivo el 23 de febrero de 2013. Además, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”. También, fue actualizado el anexo de la LCD “Coding Guidelines” basado en la petición de cambio (CR) 8050, transmittal 2582 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El lenguaje fue agregado por los requerimientos de codificación y frecuencia de facturación de las unidades para el código HCPCS J0890. La fecha efectiva de esta revisión es para servicios prestados a partir del 1 de abril de 2013.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 23 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 CMS de Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

---

## ANCSVCS: Noncovered services – revisión actualizada de la LCD

**Identificador de LCD: L28991 (Florida)**

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

La determinación de cobertura local (LCD) para noncovered services fue recientemente revisada el 29 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en la petición de cambio (CR) 8228, transmisión 2664, con fecha del 1 de marzo de 2013. La sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes” fue actualizada para eliminar el código CPT® 90661. La fecha efectiva de esta revisión es para reclamaciones procesadas a partir del 1 de abril de 2013 para servicios prestados **a partir del 20 de noviembre de 2012**. En adición, el código CPT® 20999 fue eliminado de la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes” y reemplazado con el código HCPCS C9734. La fecha efectiva de esta revisión es para servicios prestados a partir del 1 de abril de 2013. También, la LCD fue revisada para poner un asterisco en esos códigos “listados” que contienen información adicional más allá del descriptor de CPT® y separar todos los códigos de procedimientos “no listados” en su propio listado individual.

### Fecha de vigencia

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

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

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

## ANCSVCS: Noncovered Services – CAC revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28991 (Florida)**

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

La determinación local de cobertura (LCD) para noncovered services fue revisada recientemente el 1 de abril de 2013. Desde entonces fue realizada una revisión a la LCD. Los siguientes códigos fueron evaluados y en este momento se determinó que no son medicamente necesarios ni razonables basados en la evidencia publicada actualmente (por ejemplo, revisión de un colega de la literatura médica, estudios publicados): el código HCPCS G0455 fue agregado a la sección de la LCD “Local Noncovered Decisions-Devices”. Los códigos *CPT*® 0310T, 0312T, 0313T, 0314T, 0315T, 0316T, 0317T, 43206 y 43252 fueron agregados a la sección de la LCD “Local Noncoverage Decisions-Procedures” y el código *CPT*® 88375 fue agregado a la sección de la LCD “Local Noncovered Decisions-Laboratory Procedures”. Además, bajo la sección de la LCD “Related Documents” fue incluida una página de referencia.

### Fecha de vigencia

Esta revisión es efectiva para los servicios prestados **a partir del 4 de junio 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 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](#).

---

## ASKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28985 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29327 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para skin substitutes fue revisada recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, una revisión a la LCD fue hecha basada en la petición de cambio 8228, Transmittal 2664 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización de abril de 2013 del sistema de pago prospectivo de hospital para pacientes ambulatorios [OPPS]), con fecha de marzo de 2013. El código HCPCS C9367 fue eliminado de la sección de la LCD “The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products”.

### Fecha de vigencia

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

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

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

## ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28992 (Florida)**

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fue revisada recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en la petición de cambio (CR) 8005, transmisión 2622, con fecha del 21 de diciembre de 2012, la cual incluye actualizaciones en el lenguaje del manual sistema de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Chapter 5, Sections 10.6. Por lo tanto, la sección de la LCD “Documentation Requirements” fue revisada para añadir información “Functional Reporting”. La sección de la LCD “Documentation Requirements” también fue actualizada bajo “Progress Report” para reflejar el lenguaje actual de CMS en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Chapter 15, Section 220.3D. La revisión de esta LCD es efectiva para fechas de servicio **a partir del 1 de enero de 2013**.

### Fecha de vigencia

La revisión de LCD relacionada a la CR 8005 es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 7 de enero de 2013**, para servicios prestados **a partir del 1 de enero 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 estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

## LCD Nueva

## APSYCH: Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services – nueva LCD

**Identificador de LCD: L33130 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La sección de siquiatria del libro de *CPT*<sup>®</sup> incluye diagnóstico, sicoterapia y otros servicios siquiátricos provistos a un individuo, familia o grupo y son reportados sin considerar el ambiente. Una nueva estructura de codificación en esta sección del libro de *CPT*<sup>®</sup> 2013 maneja los conceptos de codificación que reflejan el trabajo diferente efectuado por médicos y otros profesionales calificados del cuidado de la salud. Algunos de los servicios de siquiatria pueden ser reportados con servicios de evaluación y manejo (E/M).

Históricamente, los servicios de sicoterapia han sido extraordinarios, confirmado por el análisis de data, el cual lleva al desarrollo de múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) relacionadas a siquiatria.

Esta nueva LCD fue desarrollada para manejar la reestructuración reciente de la codificación en la sección de siquiatria del libro de *CPT*<sup>®</sup> 2013 y consolida las siguientes LCD relacionadas a siquiatria que actualmente se encuentran en el sitio web de First Coast Service Options Inc. (First Coast): evaluación diagnóstica siquiátrica, sicoterapia, servicios de complejidad interactiva, sicoterapia familiar y sicoterapia de grupo. Éstas LCD serán retiradas una vez la nueva LCD entre en vigor.

### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 4 de junio de 2013. Las LCD de First Coast están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Información médica adicional

### Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: C9399/J3490/J3590

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proveen instrucciones a los contratistas con relación al pago de Medicare para medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio del médico. Las instrucciones también ofrecen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las directrices para la evaluación de medicamentos de la lista de medicamentos excluidos inyectables autoadministrados, incidentes al el servicio de un médico, están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Chapter 15, Section 50.2.

Efectivo para servicios prestados **a partir del 17 de junio de 2013**, el siguiente medicamento ha sido agregado a la lista de la Parte A SAD de MAC J-9.

- C9399 /J3490/ J3590 Injection, Signifor® (pasireotide)

La evaluación de medicamentos para ser agregados a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables por monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

La lista SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) está disponible a través de la base de datos de CMS de Medicare en: [http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos\\_autoadministrados/](http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/).

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

### PROVENGE®: criterios para la revisión previa al pago

PROVENGE® (sipuleucel-T) es una inmunoterapia celular autóloga para el tratamiento de cáncer en la próstata resistente a la castración metastásica asintomática o mínimamente sintomática (refractario hormonal). PROVENGE® (sipuleucel-T) fue aprobado por la FDA en 2010 y fue uno de los primeros medicamentos contra el cáncer aprobado federalmente que utiliza el propio sistema inmunológico para combatir la enfermedad. En junio de 2011, CMS propuso que la evidencia fue adecuada para concluir que el uso del tratamiento de inmunoterapia celular autóloga – (sipuleucel-T) PROVENGE® mejoró los resultados de la salud para los beneficiarios de Medicare con cáncer de próstata resistente a la castración metastásica asintomática o mínimamente sintomática (refractario hormonal), y por lo tanto es razonable y necesario para esta indicación en la etiqueta bajo 1862(a)(1)(A) del Social Security Act. El curso de terapia recomendado para PROVENGE® es de tres dosis completas (aproximadamente \$33,000 dólares permitidos por dosis), suministrados en intervalos de aproximadamente dos semanas. PROVENGE® es administrado a través de infusión intravenosa durante un periodo de aproximadamente 60 minutos.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron una determinación de cobertura nacional (NCD), Autologous Cellular Immunotherapy Treatment (110.22), describiendo las indicaciones y limitaciones de cobertura para PROVENGE®, la cual se hizo efectiva el 30 de junio de 2011. En un esfuerzo para prevenir pagos indebidos y proteger el Medicare Trust Fund, First Coast Service Options Inc. (First Coast) implementó dos ediciones basado en los requerimientos descritos en la NCD. La primera edición aplica al requerimiento de diagnóstico dual. Si la reclamación no cumple con el requerimiento de diagnóstico dual en la NCD la reclamación se deniega automáticamente. Si la reclamación cumple con el requerimiento de diagnóstico dual, la segunda edición se autodesarrolla y una petición de documentación adicional (ADR) es enviada al proveedor solicitando los registros médicos. La carta de ADR solicita documentación que demuestre la necesidad médica del servicio facturado, lo cual incluye la historia del paciente y examen físico, notas de progreso, notas de enfermeras, tratamientos, valores de laboratorios, orden para el tratamiento de PROVENGE® y registros de infusión.

Cada reclamación debe estar sola, lo que significa que la documentación en el registro presentado tiene que respaldar la necesidad médica del servicio(s) facturado en cada reclamación individual. El contratista no sabe si o cual reclamación previa puede contener documentación para respaldar una reclamación actual que está sujeta a revisión médica. Así que, aunque el proveedor puede que haya presentado algunos (es decir, historia y examen físico [H&P]) de los mismos registros con una reclamación anterior, la documentación para cada reclamación adicional también tiene que respaldar el servicio bajo revisión.

First Coast entiende la carga puesta en los proveedores al solicitar registros médicos y ha trabajado diligentemente para reducir la carga de papeleo cuando sea posible implementando criterios de edición que excluyen al beneficiario(s) de estar sujeto a edición una vez la necesidad médica para un servicio específico haya sido establecido. Por ejemplo, Tysabri® es un medicamento que es administrado cada 4 semanas (indefinidamente) para ciertas indicaciones. Una vez First Coast determine que el criterio de cobertura para

*(Continúa en la página siguiente)*



**PROVENGE®... (continuación)**

Tysabri® basado en la documentación presentada para el beneficiario ha sido cumplida, las reclamaciones subsiguientes, para ese beneficiario son “excluidas de revisión adicional.”

Ya que PROVENGE® es administrado cada dos semanas es probable que un proveedor pueda facturar por la segunda y posiblemente la tercera dosis antes de la primera reclamación (primera dosis) siendo médicamente revisado debido al tiempo que le toma al proveedor recibir la ADR, responder a la ADR y para la revisión ser completada. First Coast consideró implementar una tabla de exclusión para los beneficiarios que cumplieron los requerimientos para PROVENGE® basado en la revisión del registro médico de la primera dosis. Sin embargo, dado al corto intervalo entre las dosis, no ha pasado suficiente tiempo para poner en marcha la edición necesaria para evitar que las reclamaciones subsecuentes sean desarrolladas para los registros médicos. En adición, First Coast ha identificado problemas de documentación a través de la revisión del registro médico de la segunda y tercera dosis que hubieran resultado en errores de Comprehensive Error Rate Testing (CERT) si la reclamación hubiera sido tomada como una muestra por el contratista de CERT. Debido al impacto potencial de estas reclamaciones de grandes dólares en la tasa de error de CERT, la revisión previa al pago es necesaria para prevenir pagos indebidos y proteger el Medicare Trust Fund.

Una opción que puede que los proveedores deseen considerar es la utilización del paperwork segment (PWK) de las transacciones electrónicas. El PWK es un segmento dentro del Loop 2300/2400 de las transacciones electrónicas institucionales y profesionales de 837 que provee el enlace entre las reclamaciones electrónicas y la documentación adicional. El PWK le permite a los proveedores presentar reclamaciones electrónicas que requieran documentación adicional a través del proceso dedicado de PWK, al enviar los registros médicos por fax o por correo sin esperar por el ADR y tener la documentación recibida y registrada por el contratista permitiendo una adjudicación de reclamaciones más oportuna. Utilizar el proceso de PWK elimina la necesidad de desarrollo costoso y le permite a los proveedores y contratistas de Medicare utilizar una tecnología eficiente, intercambio electrónico de datos económica o EDI, la cual crea un ahorro de costos significativo. Aunque PWK a la larga permitirá la presentación electrónica de documentación adicional, en este momento la presentación de documentación adicional sólo puede ser presentada a través de fax o correo. Los proveedores que presenten reclamación(es) a través de PWK deben experimentar una reducción en el periodo de tiempo entre el recibo y adjudicación de reclamaciones. Aquí está el enlace para más información sobre PWK: [http://medicareespanol.fcso.com/EDI\\_noticias/204366.asp](http://medicareespanol.fcso.com/EDI_noticias/204366.asp).

**Razones principales de denegaciones y consejos para evitar denegaciones:**

- No respondió a la petición de documentación (cartas de ADR): responda oportunamente a las ADR y considere el uso de PWK.
- Fallo en cumplir con los requerimientos de diagnóstico dual de NCD (110.22): revise los requerimientos de NCD de CMS en Pub. 100-03, Chapter 1, Part 2 Sections 90-160.26. Refiérase a <http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones/2011/212535.pdf#page=5> (Parte A/B).
- Documentación insuficiente: asegúrese de que está presentando registros médicos suficientes (vea a continuación):

**Orden médica para PROVENGE®****Indicación de etiqueta de la FDA y criterios de NCD son cumplidos para cobertura cuando son respaldados por lo siguiente:**

- Documentación sobre medios de castración (es decir, quirúrgicamente por orquiectomía bilateral o documentación de 3 o más meses de castración química y agente utilizado o la documentación médica del médico que trata incluye una declaración clara del fallo de castración química)
- Registros médicos deben específicamente tratar la evidencia de una enfermedad progresiva después de la castración química o quirúrgica (ejemplos pueden incluir: cambios en el tamaño de los nódulos linfáticos o masas parénquima en el examen físico o estudios de radiografía, progresión gammagrafía ósea, progresión de PSA, etc.)
- Evidencia de que el paciente es asintomático o mínimamente sintomático (debe incluir una nota sobre el nivel de actividad del paciente)
- Otros valores de laboratorio u otros resultados de pruebas relevantes a los criterios antes mencionados
- Registro de infusión para la fecha de servicio facturada en la reclamación

Asegúrese de que los registros presentados y las firmas sean legibles. Para información sobre los requerimientos de firma de Medicare vea: [http://medicareespanol.fcso.com/Documentacion\\_medica/167563.asp](http://medicareespanol.fcso.com/Documentacion_medica/167563.asp).

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

## 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 prótesis, 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)

## Ambulancia

### Versión 5010 de requisitos para proveedores de servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: SE1029 Revisada  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A



#### Resumen

La versión 4010A1 de reclamación electrónica 837P no precisa la presentación de código de diagnóstico del conjunto de códigos ICD-9-CM en el segmento HI del circuito 2300. Adicionalmente, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualmente no exigen a los proveedores de servicios de ambulancia presentar códigos de diagnóstico en reclamaciones para su pago. Sin embargo, la versión de 837P, que entra en vigencia el 1 de enero de 2012, exige la presentación de un código de diagnóstico en todas las reclamaciones electrónicas 837P, incluyendo reclamaciones por servicios de ambulancia.

CMS ha decidido la adopción temprana de la versión 5010 del formato de reclamación electrónica 837P y lo implementará el 1 de enero de 2011. El artículo de edición

especial de *MLN Matters*® ayuda a los proveedores de servicios de ambulancia que tienen planeado adoptar tempranamente el nuevo estándar, diciéndoles cómo presentar reclamaciones de manera electrónica, a la luz de los nuevos requisitos de reporte de código de diagnóstico. Los proveedores de servicios de ambulancia tendrán tres opciones para cumplir con los nuevos requisitos de reporte de diagnóstico.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1029.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1029

*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

### Actualización de las FAQ de CMS para facturación por los servicios de administración de cuidados de transición

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han actualizado sus preguntas más frecuentes sobre la facturación a Medicare por servicios de administración de cuidados de transición. Efectivo el 1 de enero de 2013, Medicare pagará por los códigos 99495 y 99496 del *Current Procedural Terminology*® (CPT), los cuales son utilizados para reportar al médico o al profesional de la salud calificado, los servicios de administración de cuidados para un paciente luego de recibir alta médica de un hospital, centro de enfermería especializada (SNF) o la estadía en las instalaciones de salud mental comunitaria (CMHC), observación para pacientes ambulatorios u hospitalización parcial.

Para más información, por favor consulte [las preguntas hechas frecuentemente de CMS acerca de la facturación a Medicare por los servicios de administración de cuidados de transición](#).

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

## Instrucciones de codificación de lugar de servicio revisadas y aclaradas

Número de *MLN Matters*: MM7631 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 7631  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de marzo de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2679CP  
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2013

### Resumen

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

La CR 7631 provee instrucciones sobre la asignación de códigos POS para todos los servicios pagados bajo la tarifa fija de médicos de Medicare y para ciertos

servicios provistos por laboratorios independientes. Además, proporciona instrucciones para los componentes profesionales y técnicos de pruebas diagnósticas y establece una política nacional para la asignación correcta de los códigos POS.

**Nota:** Vea [MM8125](#) relacionada con el nuevo código POS 18 utilizado para indicar el lugar de servicio del empleo/sitio de trabajo.

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7631, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2679CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2679, CR 7631

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

## Pago de incentivo relacionado a autorización previa para dispositivos eléctricos de movilidad

Número de *MLN Matters*: MM8056 Revisada  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8056  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de abril de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1205OTN  
 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/R1205OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1205, 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.*

## Información General

### Denegaciones incorrectas de reclamaciones que contienen el código 95910

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha descubierto que las reclamaciones con el código 95910 del *Current Procedural Terminology (CPT®)* que fueron facturadas con los modificadores 26 y TC pudieron ser denegadas por error. El mensaje específico del código que está siendo recibido es: "Procedure modifier was invalid on the date of service." Este problema de procesamiento **fue corregido el 7 de marzo**.

#### No se requiere acción de parte del proveedor

First Coast está trabajando de forma diligente para identificar todos los servicios que han sido denegados por error y realizará cualquier ajuste necesario a las reclamaciones impactadas – *no es necesario llamar al centro de atención al cliente con relación a estas denegaciones incorrectas*. Además, First Coast les solicita a los proveedores que no presenten apelaciones o solicitudes de reapertura para estas reclamaciones impactadas.

First Coast se disculpa por cualquier inconveniente que este problema haya podido causar a los proveedores impactados.

## Actualización del Medicare Quality Reporting Incentive Programs Manual

Número de *MLN Matters*: MM7727 Revisada  
Número de petición de cambio relacionado: CR 7727  
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de marzo de 2013  
Fecha de efectividad: 25 de junio de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R11QRI  
Fecha de implementación: 25 de junio de 2012

### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7727, la cual informa a los proveedores que un tercer capítulo ha sido añadido al *Medicare Quality Reporting Programs Manual*.

- Este capítulo describe las instrucciones de pago anuales utilizadas por los contratistas de Medicare cuando se hacen pagos de incentivo descritos en el *Medicare Quality Reporting Incentives Manual*.
- CR 7727 incorpora requisitos existentes contenidos en los CR existentes y la legislación de Medicare physician fee schedule (MPFS), pero no establece ningún nuevo requisito para los programas de incentivo de reporte la calidad del servicio médico (PQRS) y de recetas electrónicas (eRX).



### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7727.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7727, 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/R11QR1.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 11, CR 7727

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

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

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

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) agregaron el nuevo código 18 (employment/worksites), empleo/lugar de trabajo, para el grupo de códigos de lugar de servicio (POS) y así cumplir con el grupo de estándares del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA).

CMS no ha identificado una necesidad inherente para este nuevo código para las reclamaciones de Medicare. Sin embargo, como pagador, Medicare debe poder reconocer cualquier código del grupo de códigos del lugar de servicio que aparece en una transacción de una reclamación estándar de HIPAA. Las entidades de la industria de la salud, diferentes de Medicare, utilizarán este código para identificar los lugares en los que un profesional de la salud provee información continua u ocasional del servicio profesional médico o terapéutico en el lugar de trabajo del paciente.

Las reclamaciones profesionales estándar del cuidado de la salud requieren que cada transacción de la reclamación electrónica incluya el código POS del grupo de códigos que mantiene CMS.

**Nota:** Vea también [MM7631](#) para las instrucciones recientes, clarificadas y revisadas sobre la codificación en el lugar de servicio.

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8125, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2602CP.pdf>.

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

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

### Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en [www.fcsouniversity.com](http://www.fcsouniversity.com).



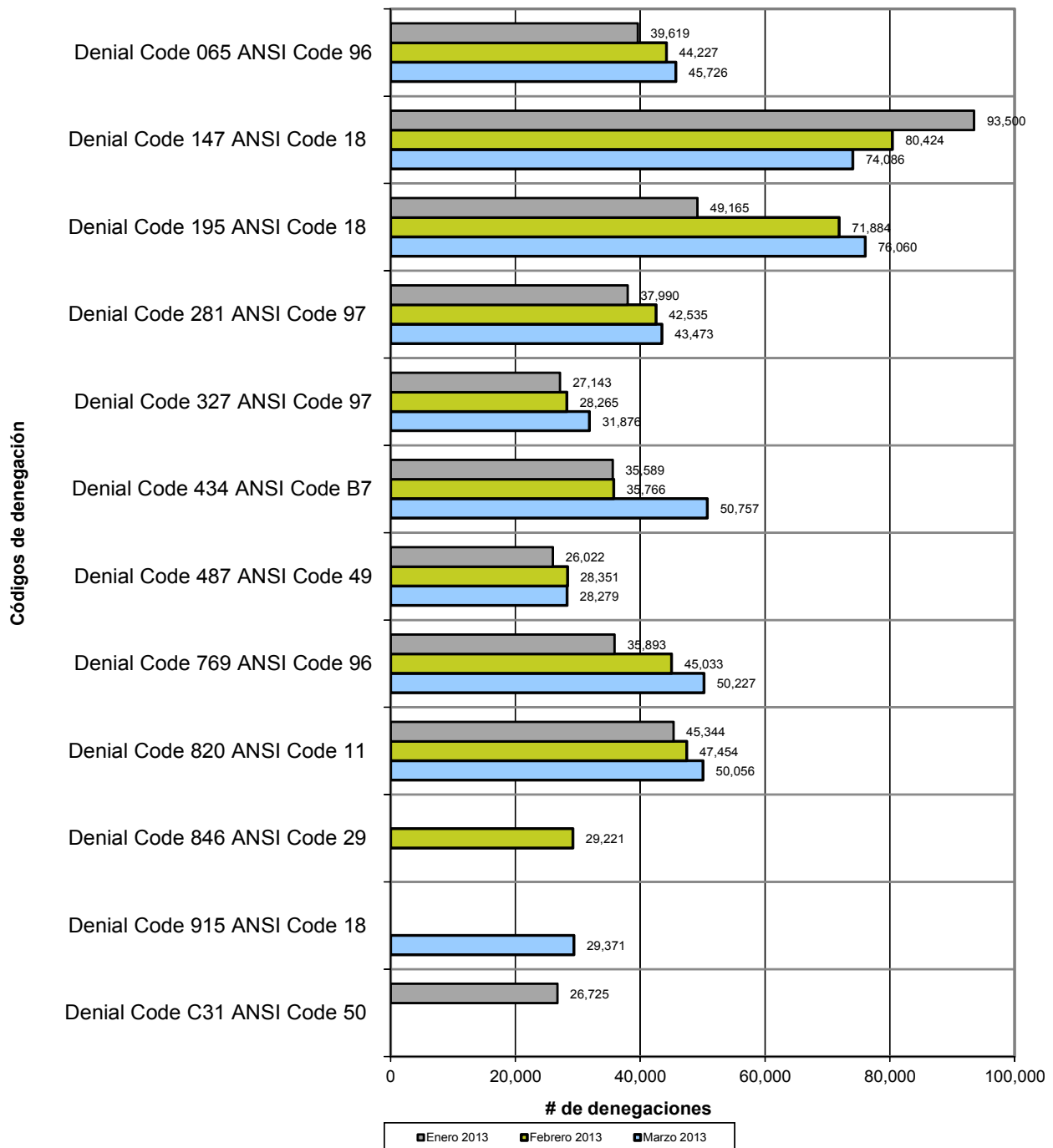


## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en enero - marzo 2013

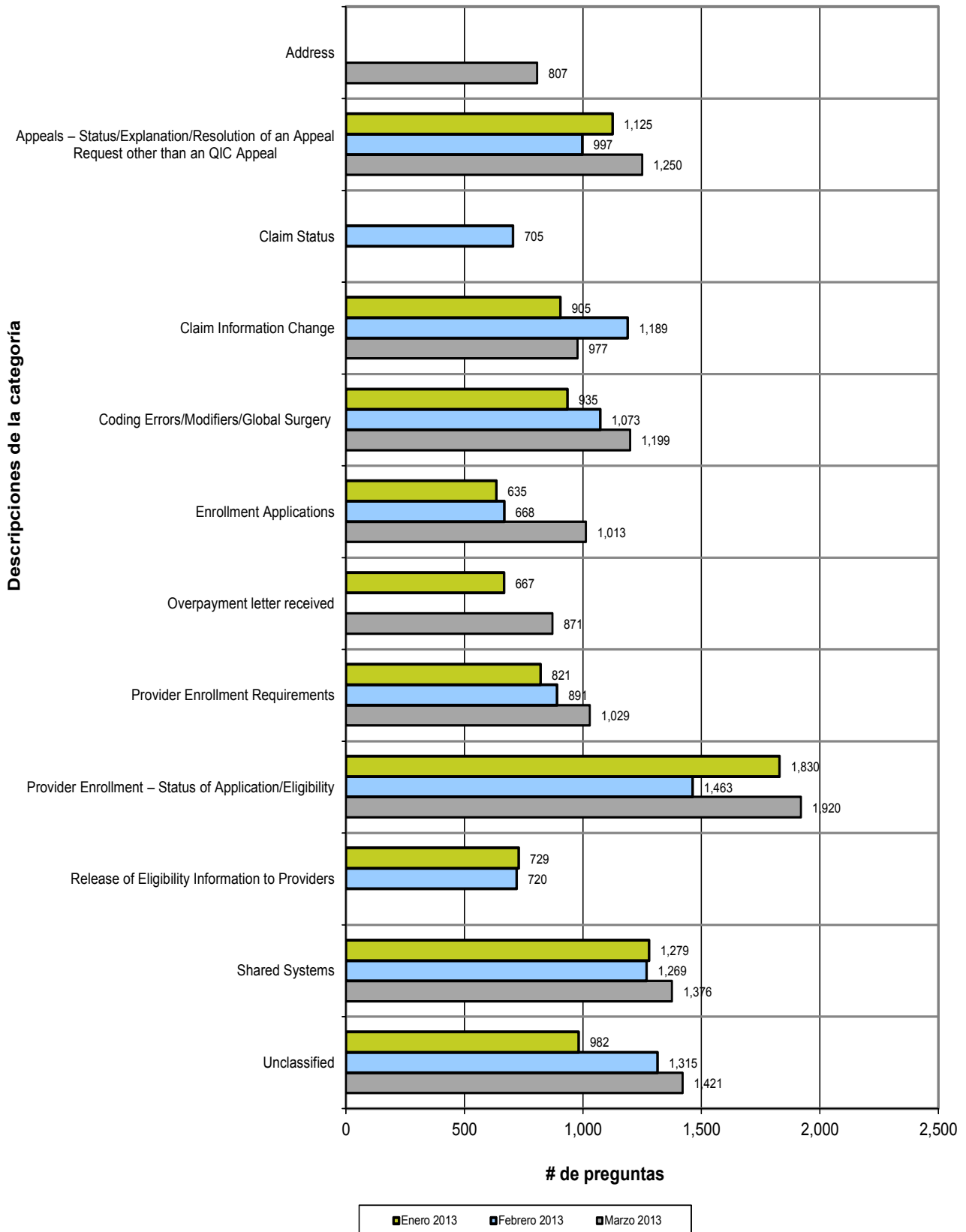
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

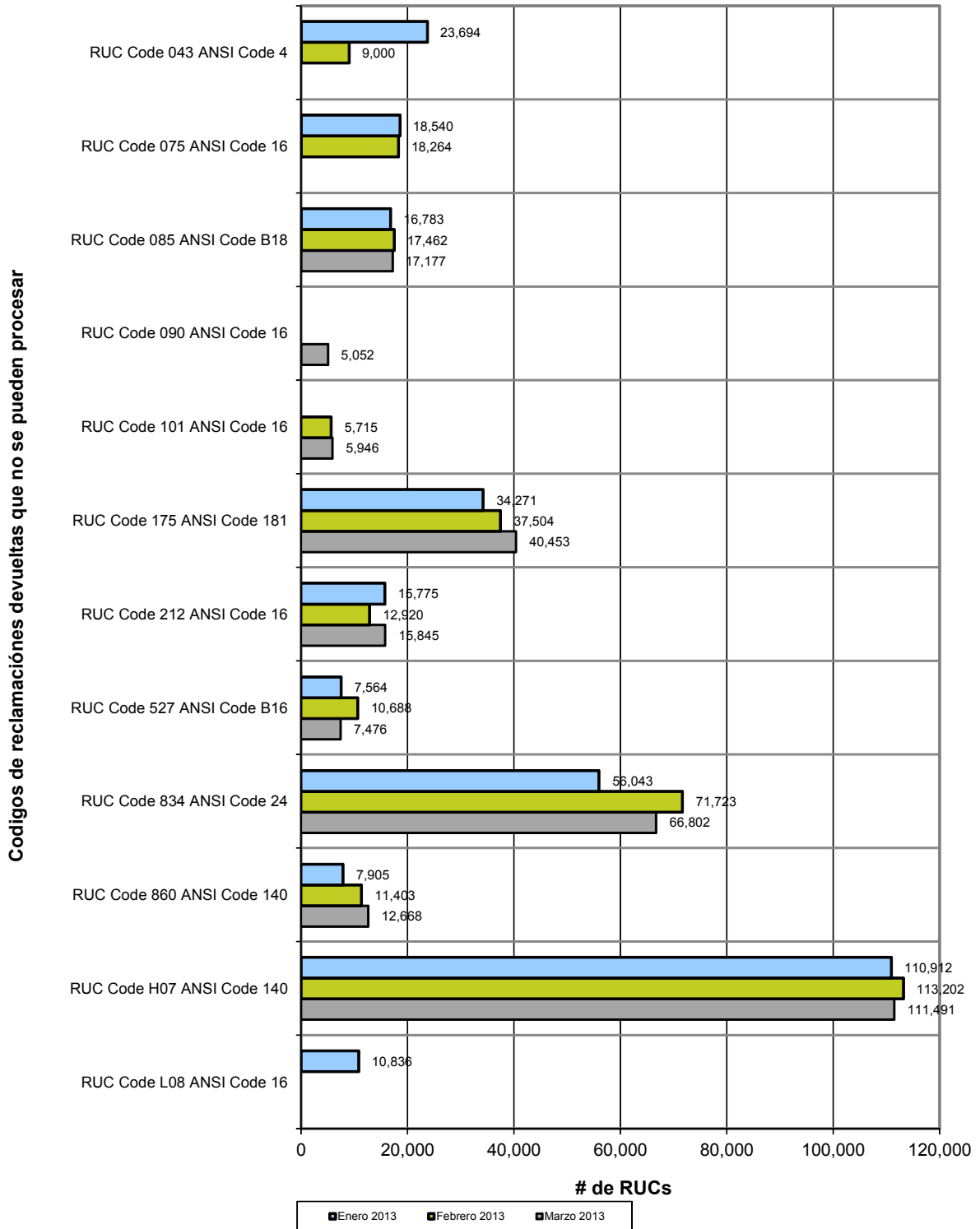
### Denegaciones de Parte B más frecuentes en enero-marzo de 2013



Preguntas de Parte B más frecuentes en enero-marzo de 2013



RUC de Parte B más frecuentes en enero-marzo 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://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

64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS).....	45
9091: Biofeedback.....	45
78459: Myocardial imaging, positron emission.....	46
J0881: Erythropoiesis stimulating agents.....	46
J1459: Intravenous immune globulin.....	46
NCSVCS: Noncovered services.....	47
NCSVCS: Noncovered Services – CAC.....	47
SKINSUB: Skin substitutes.....	48
THERSVCS: Therapy and rehabilitation services.....	48

### LCD nueva

PSYCH: Psychiatric diagnostic evaluation.....	49
---	----

### Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD).....	49
Centro de prueba de diagnóstico independiente.....	50
PROVENGE®: criterios para la revisión previa al pago.....	51

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisiones a las LCD existentes

### 64566: Posterior tibial nerve stimulation (PTNS) – revisión a la LCD

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

La determinación de cobertura local (LCD) para posterior tibial nerve stimulation (PTNS) fue efectiva el 31 de enero de 2012. Desde entonces, fue realizada una revisión a la LCD basada en una solicitud de reconsideración externa. El lenguaje fue agregado a las secciones de la LCD “Limitations” y “Utilization Guidelines”.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 23 de abril de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

### 90901: Biofeedback –revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29066 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29084 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para biofeedback fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en análisis de data la cual identificó este servicio como alto riesgo para el pago indebido de reclamación(es). Se observa una tendencia con varios proveedores quienes estaban facturando servicios de terapia física (es decir, códigos CPT® 97032, 97110, 97112, 97140, 97150, 97530, y código HCPCS G0283) con biofeedback para incontinencia urinaria en la misma fecha de servicio.

Revisiones a la LCD incluyen lo siguiente:

- Bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, la siguiente declaración fue añadida al octavo párrafo: “Los requisitos para los estudios de electromiografía y anorrectal (EMG) pueden ser encontrados en la LCD para manometría anorrectal y EMG del esfínteres urinario y anal.”
- Bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD una nueva sección titulada “Limitations of Coverage” fue añadida con las siguientes declaraciones:

“No se espera que los servicios de terapia física o terapia ocupacional sean facturados el mismo día de la terapia de biofeedback. “Si se factura la terapia física o terapia ocupacional el mismo día de servicio que biofeedback, estas reclamaciones serán desarrolladas para respaldar documentación y estarán sujetas a revisión médica.

Si se prestan servicios de terapia física o terapia ocupacional para indicaciones más allá del alcance tratadas en esta LCD, todos los requisitos para los servicios de rehabilitación tienen que ser cumplidos. Estos requisitos pueden ser encontrados en la LCD de terapia y rehabilitación.

Adiestramiento sobre biofeedback no será cubierto para incontinencia urinaria mecánica, condiciones psicosomáticas, o incontinencia urinaria funcional ya que estos tipos de incontinencia urinaria no son modificables para adiestramiento de biofeedback.”

- La sección “Documentation Requirements” de la LCD fue actualizada; y
- La sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

En adición, el documento adjunto “Coding Guidelines” de la LCD fue revisado en el último párrafo bajo la sección “Coding Guidelines.”

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 4 de junio 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 Centro 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](#).

## 78459: Myocardial imaging, positron emission tomography (PET) scan – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29231 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29455 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para imágenes miocárdica, tomografía de emisión de positrones (PET) fue recientemente revisada el 1 de octubre de 2011. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en análisis de data que reveló sobreutilización de la razón proveedor a nación para el código CPT® 78492 (Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), perfusion; multiple studies at rest and/or stress), y los códigos HCPCS A9526 (Nitrogen N-13 ammonia, diagnostic, per study dose, up to 40 millicuries) y A9555 (Rubidium Rb-82, diagnostic, per study dose, up to 60 millicuries).

Las siguientes secciones de la LCD fueron revisadas:

- Política de cobertura nacional de CMS

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 4 de junio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura 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](#).

## J0881: Erythropoiesis stimulating agents – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29168 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29339 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Esta determinación de cobertura local (LCD) para erythropoiesis stimulating agents fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada bajo la sección “Indications” para Peginesatide (OMONTYS®) basada en la emisión reciente de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos del retiro voluntario nacional de todos los lotes de la inyección de Omontys® (peginesatide) de Affymax, Inc. y Takeda Pharmaceuticals Company Limited efectivo el 23 de febrero de 2013. Además, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 23 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 CMS de Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## J1459: Intravenous immune globulin – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29205 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29356 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para intravenous immune globulin fue revisada recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, basada en la petición de cambio 8237, Transmittal 2662 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización de abril de 2013 del sistema de pago de los centros de cirugía ambulatoria [ASC]), con fecha del 1 de marzo de 2013, la LCD fue revisada para agregar el código HCPCS C9130 (Injection, immune globulin [Bivigam], 500 mg) para ASC bajo la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes”. Además, los códigos HCPCS J3490 y J1599 para servicios médicos fueron agregados bajo la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes”. De igual forma, fueron actualizadas las secciones de la LCD “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision”.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD para la adición del código HCPCS C9130 es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de abril de 2013**. La revisión de la LCD para la adición de los códigos HCPCS J3490 y J1599 es efectiva para servicios prestados a partir del 19 de diciembre de 2012, basada en la aprobación de la Food and Drug

(Continúa en la página siguiente)

**J1459: Intravenous...** (continuación)

Administration (FDA). 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 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](#).

## NCSVCS: Noncovered Services – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29288 (Florida)**

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos se revisó recientemente el 29 de enero de 2013. Desde entonces, la sección “CPT®/HCPCS Codes” de la LCD fue revisada de la siguiente manera:

- Basada en la petición de cambio (CR) 8237, transmisión 2662, con fecha del 1 de marzo de 2013, el código CPT® 90661 fue eliminado de la LCD. La fecha efectiva de esta revisión es para reclamaciones procesadas a partir del 1 de abril de 2013, para servicios prestados **a partir del 20 de noviembre de 2012**. En adición, el código HCPCS C9734 fue añadido a la LCD. La fecha efectiva de esta revisión es para servicios prestados a partir del 1 de abril de 2013.
- Basada en la CR 7909, transmisión 2529, con fecha del 24 de agosto de 2012, el código HCPCS J1056 fue eliminado de la LCD. La fecha efectiva de esta revisión es para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2013.
- El código HCPCS C9727 fue añadido a la LCD. La fecha efectiva de esta revisión es para los servicios prestados a partir del 30 de septiembre de 2008.
- Los códigos de procedimiento “no listados” fueron separados de los códigos de procedimiento “listados” en su propia lista individual. En adición, se añadió un asterisco a esos códigos “listados” que contienen información adicional más allá del descriptor de CPT®. La fecha efectiva de esta revisión es para servicios prestados a partir del 1 de abril de 2013.

También, el documento adjunto de “Coding Guidelines” fue actualizado para eliminar los códigos CPT® 43999 (Gastric balloon for treatment of obesity) y 44799GY (Intestinal bypass for obesity) ya que ahora están incluidos en la LCD del tratamiento quirúrgico de obesidad mórbida.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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

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

## NCSVCS: Noncovered Services – CAC revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29288 (Florida)**

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

La determinación local de cobertura (LCD) para noncovered services fue revisada recientemente el 1 de abril de 2013. Desde entonces fue realizada una revisión a la LCD. Los siguientes códigos fueron evaluados y en este momento se determinó que no son medicamento necesarios ni razonables basados en la evidencia publicada actualmente (por ejemplo, revisión de un colega de la literatura médica, estudios publicados): el código HCPCS G0455 fue agregado a la sección de la LCD “Local Noncovered Decisions-Devices”. Los códigos CPT® 0310T, 0312T, 0313T, 0314T, 0315T, 0316T, 0317T, 43206 y 43252 fueron agregados a la sección de la LCD “Local Noncoverage Decisions-Procedures” y el código CPT® 88375 fue

agregado a la sección de la LCD “Local Noncovered Decisions-Laboratory Procedures”. Además, bajo la sección de la LCD “Related Documents” fue incluida una página de referencia.

### Fecha de vigencia

Esta revisión es efectiva para los servicios prestados **a partir del 4 de junio 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 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](#).

## SKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29279 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29393 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para skin substitutes fue revisada recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en la petición de cambio 8237, Transmittal 2662 del archivo del indicador de pago de ASC relacionado de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (Actualización de abril de 2013 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria [ASC]), con fecha de marzo de 2013. El código HCPCS C9367 fue eliminado de la sección de la LCD “The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products”.

### Fecha de vigencia

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

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

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

---

## THERSVCS: Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29289 (Florida)**

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fue revisada recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada basada en la petición de cambio (CR) 8005, transmisión 2622, con fecha del 21 de diciembre de 2012, la cual incluye actualizaciones en el lenguaje del manual sistema de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Chapter 5, Sections 10.6. Por lo tanto, la sección de la LCD “Documentation Requirements” fue revisada para añadir información “Functional Reporting”. La sección de la LCD “Documentation Requirements” también fue actualizada bajo “Progress Report” para reflejar el lenguaje actual de CMS en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Chapter 15, Section 220.3D. La revisión de esta LCD es efectiva para fechas de servicio **a partir del 1 de enero de 2013**.

### Fecha de vigencia

La revisión de LCD relacionada a la CR 8005 es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 7 de enero de 2013**, para servicios prestados **a partir del 1 de enero 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 estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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



## LCD Nueva

### PSYCH: Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services – nueva LCD

#### Identificador de LCD: L33128 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La sección de siquiatria del libro de *CPT*® incluye diagnóstico, sicoterapia y otros servicios siquiátricos provistos a un individuo, familia o grupo y son reportados sin considerar el ambiente. Una nueva estructura de codificación en esta sección del libro de *CPT*® 2013 maneja los conceptos de codificación que reflejan el trabajo diferente efectuado por médicos y otros profesionales calificados del cuidado de la salud. Algunos de los servicios de siquiatria pueden ser reportados con servicios de evaluación y manejo (E/M).

Históricamente, los servicios de sicoterapia han sido extraordinarios, confirmado por el análisis de data, el cual lleva al desarrollo de múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) relacionadas a siquiatria.

Esta nueva LCD fue desarrollada para manejar la reestructuración reciente de la codificación en la sección de siquiatria del libro de *CPT*® 2013 y consolida las siguientes LCD relacionadas a siquiatria que actualmente se encuentran en el sitio web de First Coast Service Options Inc. (First Coast): evaluación diagnóstica siquiátrica, sicoterapia, servicios de complejidad interactiva, sicoterapia familiar y sicoterapia de grupo. Éstas LCD serán retiradas una vez la nueva LCD entre en vigor.

#### Fecha de vigencia

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

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

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

## Información Médica Adicional

### Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte B: J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proveen instrucciones a los contratistas con relación al pago de Medicare para medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio del médico. Las instrucciones también ofrecen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las directrices para la evaluación de medicamentos de la lista de medicamentos excluidos inyectables autoadministrados, incidentes al el servicio de un médico, están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Chapter 15, Section 50.2.

Efectivo para servicios prestados **a partir del 17 de junio de 2013**, el siguiente medicamento ha sido agregado a las lista de la Parte B SAD de MAC J-9.

- J3490/J3590/C9399 Injection, Signifor® (pasireotide)

La evaluación de medicamentos para ser agregados a lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables por monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

La lista SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) está disponible a través de la base de datos de CMS de Medicare en: [http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos\\_autoadministrados/](http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/).

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

## Centro de prueba de diagnóstico independiente (IDTF) – revisión del documento adjunto ‘Coding Guidelines’ de LCD

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El documento adjunto “Coding Guidelines” (“pautas de codificación”) de la determinación de cobertura local (LCD) para el centro de prueba de diagnóstico (IDTF) fue revisado recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, el “Credentialing Matrix” (“matriz de credenciales”) en el documento adjunto “Coding Guidelines” de LCD ha sido revisado. Las revisiones incluyen lo siguiente:

- La columna “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” (“requerimientos de calificación del médico que interpreta y del médico que supervise”) del “Credentialing Matrix” fue revisada para que el código CPT® 95872 lea: “Board Certified (ABMS) Neurologist; or Board Certified (ABMS) Physical Medicine and Rehabilitation (PMR) specialist with additional certification by: a) American Board of Electrodiagnostic Medicine, b) Clinical Neurophysiology, or c) American Board of Neurophysiology or a Physical therapist who is certified by the American Board of Physical Therapy Specialties (ABPTS) as a qualified electrophysiologic clinical specialist and is permitted to provide the service under state law.” (“neurólogo certificado por la junta [ABMS]; o especialista de rehabilitación y medicina física [PMR] certificado por la junta [ABMS] con certificación adicional por: a) Junta americana de medicina electrodiagnóstica, b) neurofisiología clínica, o c) Junta americana de neurofisiología o un terapeuta físico quien es certificado por la Junta americana de especialidades de terapia física [ABPTS] como un especialista clínico electrofisiológico calificado y se le permite proveer el servicio bajo la ley estatal.”) La columna asociada “Technician Qualification Requirements” (“requerimientos de calificación de técnico”) ha sido revisada para que lea: “Must be performed by the qualified interpreting physician” (“tiene que ser efectuado por el médico calificado que interpreta”). La fecha efectiva de esta revisión es para reclamaciones procesadas **a partir del 29 de mayo de 2012**.
- La columna “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” para los códigos CPT® 95910, 95911, y 95912 fue revisada para añadir “Podiatrist.” La fecha efectiva de esta revisión es para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**.
- La columna “Technician Qualification Requirements” para los códigos HCPCS G0398, G0399, y G0400 fue revisada para que lea: “Credentialed by BRPT: RPSGT, ABRET: R. EEG T. (Polysomnography), CRT: SDS, or RRT: SDS” (“Acreditado por BRPT: RPSGT, ABRET: R. EEG T. [Polisomnografía], CRT: SDS, o RRT: SDS”). También, la columna “Technician Qualification Requirements” para los códigos CPT® 77080, 77081, y 77082 fue revisada para añadir “ISCD: CBDT.” La sección titulada “Key for IDTF Table Abbreviations” (“Clave para abreviaturas de la tabla IDTF”) también fue revisada para añadir “The International Society for Clinical Densitometry (ISCD) and Certified Bone Densitometry Technologist (CBDT)” (“La sociedad internacional para densitometría clínica [ISCD] y tecnólogo certificado en densitometría ósea [CBDT]”). En adición, bajo la columna “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” para códigos CPT® 95860-95864, 95867-95870, y 95885-95887, se añadió un signo de puntuación después de neurólogo certificado por la junta (ABMS) para clarificación. La fecha efectiva de esta revisión es para servicios prestados **a partir del 19 de marzo de 2013**.
- La columna “Level of Physician Supervision” (“nivel de supervisión médica”) para los códigos CPT® 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, y 95913 fue revisada de acuerdo con la petición de cambio (CR) 8169 de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización de abril a la base de datos de tarifa fija del médico de Medicare CY 2013 [MPFSDB]), con fecha del 1 de marzo de 2013. Basado en la CR 8169 el nivel de supervisión médica para los códigos CPT® 95907, 95908, 95909, 95910, 95911, 95912, y 95913 fue revisado de nivel “9” a nivel “7A”. Esta revisión es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 1 de abril de 2013** para servicios prestados **a partir del 1 de enero 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 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](#).

## PROVENGE®: criterios para la revisión previa al pago

PROVENGE® (sipuleucel-T) es una inmunoterapia celular autóloga para el tratamiento de cáncer en la próstata resistente a la castración metastásica asintomática o mínimamente sintomática (refractario hormonal). PROVENGE® (sipuleucel-T) fue aprobado por la FDA en 2010 y fue uno de los primeros medicamentos contra el cáncer aprobado federalmente que utiliza el propio sistema inmunológico para combatir la enfermedad. En junio de 2011, CMS propuso que la evidencia fue adecuada para concluir que el uso del tratamiento de inmunoterapia celular autóloga – (sipuleucel-T) PROVENGE® mejoró los resultados de la salud para los beneficiarios de Medicare con cáncer de próstata resistente a la castración metastásica asintomática o mínimamente sintomática (refractario hormonal), y por lo tanto es razonable y necesario para esta indicación en la etiqueta bajo 1862(a)(1)(A) del Social Security Act. El curso de terapia recomendado para PROVENGE® es de tres dosis completas (aproximadamente \$33,000 dólares permitidos por dosis), suministrados en intervalos de aproximadamente dos semanas. PROVENGE® es administrado a través de infusión intravenosa durante un periodo de aproximadamente 60 minutos.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron una determinación de cobertura nacional (NCD), Autologous Cellular Immunotherapy Treatment (110.22), describiendo las indicaciones y limitaciones de cobertura para PROVENGE®, la cual se hizo efectiva el 30 de junio de 2011. En un esfuerzo para prevenir pagos indebidos y proteger el Medicare Trust Fund, First Coast Service Options Inc. (First Coast) implementó dos ediciones basado en los requerimientos descritos en la NCD. La primera edición aplica al requerimiento de diagnóstico dual. Si la reclamación no cumple con el requerimiento de diagnóstico dual en la NCD la reclamación se deniega automáticamente. Si la reclamación cumple con el requerimiento de diagnóstico dual, la segunda edición se autodesarrolla y una petición de documentación adicional (ADR) es enviada al proveedor solicitando los registros médicos. La carta de ADR solicita documentación que demuestre la necesidad médica del servicio facturado, lo cual incluye la historia del paciente y examen físico, notas de progreso, notas de enfermeras, tratamientos, valores de laboratorios, orden para el tratamiento de PROVENGE® y registros de infusión.

Cada reclamación debe estar sola, lo que significa que la documentación en el registro presentado tiene que respaldar la necesidad médica del servicio(s) facturado en cada reclamación individual. El contratista no sabe si o cual reclamación previa puede contener documentación para respaldar una reclamación actual que está sujeta a revisión médica. Así que, aunque el proveedor puede que haya presentado algunos (es decir, historia y examen físico [H&P]) de los mismos registros con una reclamación anterior, la documentación para cada reclamación adicional también tiene que respaldar el servicio bajo revisión.

First Coast entiende la carga puesta en los proveedores al solicitar registros médicos y ha trabajado diligentemente para reducir la carga de papeleo cuando sea posible implementando criterios de edición que excluyen al beneficiario(s) de estar sujeto a edición una vez la necesidad médica para un servicio específico haya sido establecido. Por ejemplo, Tysabri® es un medicamento que es administrado cada 4 semanas (indefinidamente) para ciertas indicaciones. Una vez First Coast determine que el criterio de cobertura para Tysabri® basado en la documentación presentada para el beneficiario ha sido cumplida, las reclamaciones subsiguientes, para ese beneficiario son “excluidas de revisión adicional.”

Ya que PROVENGE® es administrado cada dos semanas es probable que un proveedor pueda facturar por la segunda y posiblemente la tercera dosis antes de la primera reclamación (primera dosis) siendo médicamente revisado debido al tiempo que le toma al proveedor recibir la ADR, responder a la ADR y para la revisión ser completada. First Coast consideró implementar una tabla de exclusión para los beneficiarios que cumplieron los requerimientos para PROVENGE® basado en la revisión del registro médico de la primera dosis. Sin embargo, dado al corto intervalo entre las dosis, no ha pasado suficiente tiempo para poner en marcha la edición necesaria para evitar que las reclamaciones subsecuentes sean desarrolladas para los registros médicos. En adición, First Coast ha identificado problemas de documentación a través de la revisión del registro médico de la segunda y tercera dosis que hubieran resultado en errores de Comprehensive Error Rate Testing (CERT) si la reclamación hubiera sido tomada como una muestra por el contratista de CERT. Debido al impacto potencial de estas reclamaciones de grandes dólares en la tasa de error de CERT, la revisión previa al pago es necesaria para prevenir pagos indebidos y proteger el Medicare Trust Fund.

Una opción que puede que los proveedores deseen considerar es la utilización del paperwork segment (PWK) de las transacciones electrónicas. El PWK es un segmento dentro del Loop 2300/2400 de las transacciones electrónicas institucionales y profesionales de 837 que provee el enlace entre las reclamaciones electrónicas y la documentación adicional. El PWK le permite a los proveedores presentar reclamaciones electrónicas que requieran documentación adicional a través del proceso dedicado de PWK, al enviar los registros médicos por fax o por correo sin esperar por el ADR y tener la documentación recibida y registrada por el contratista permitiendo una adjudicación de reclamaciones más oportuna. Utilizar el proceso de PWK elimina la necesidad de desarrollo costoso y le permite a los proveedores y contratistas de Medicare utilizar una tecnología eficiente, intercambio electrónico de datos económica o EDI, la cual crea un ahorro de costos significativo. Aunque PWK a

*(Continúa en la página siguiente)*

## PROVENGE®... (continuación)

la larga permitirá la presentación electrónica de documentación adicional, en este momento la presentación de documentación adicional sólo puede ser presentada a través de fax o correo. Los proveedores que presenten reclamación(es) a través de PWK deben experimentar una reducción en el periodo de tiempo entre el recibo y adjudicación de reclamaciones. Aquí está el enlace para más información sobre PWK: [http://medicareespanol.fcso.com/EDI\\_noticias/204366.asp](http://medicareespanol.fcso.com/EDI_noticias/204366.asp).

### Razones principales de denegaciones y consejos para evitar denegaciones:

- No respondió a la petición de documentación (cartas de ADR): responda oportunamente a las ADR y considere el uso de PWK.
- Fallo en cumplir con los requerimientos de diagnóstico dual de NCD (110.22): revise los requerimientos de NCD de CMS en Pub. 100-03, Chapter 1, Part 2 Sections 90-160.26. Refiérase a <http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones/2011/212535.pdf#page=5> (Parte A/B).
- Documentación insuficiente: asegúrese de que está presentando registros médicos suficientes (vea a continuación):

### Orden médica para PROVENGE®

**Indicación de etiqueta de la FDA y criterios de NCD son cumplidos para cobertura cuando son respaldados por lo siguiente:**

- Documentación sobre medios de castración (es decir, quirúrgicamente por orquiectomía bilateral o documentación de 3 o más meses de castración química y agente utilizado o la documentación médica del médico que trata incluye una declaración clara del fallo de castración química)
- Registros médicos deben específicamente tratar la evidencia de una enfermedad progresiva después de la castración química o quirúrgica (ejemplos pueden incluir: cambios en el tamaño de los nódulos linfáticos o masas parénquima en el examen físico o estudios de radiografía, progresión gammagrafía ósea, progresión de PSA, etc.)
- Evidencia de que el paciente es asintomático o mínimamente sintomático (debe incluir una nota sobre el nivel de actividad del paciente)
- Otros valores de laboratorio u otros resultados de pruebas relevantes a los criterios antes mencionados
- Registro de infusión para la fecha de servicio facturada en la reclamación

Asegúrese de que los registros presentados y las firmas sean legibles. Para información sobre los requerimientos de firma de Medicare vea: [http://medicareespanol.fcso.com/Documentacion\\_medica/167563.asp](http://medicareespanol.fcso.com/Documentacion_medica/167563.asp).

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

**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), prósticos 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 gratiuta):

1-904-791-8103

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

### DME, reclamaciones ortóticas o próstéticas

Cigna Government Services  
1-866-270-4909

### Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

## Sitios Web de Medicare

### Proveedores

First Coast Service Options Inc. (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**