

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Julio 2013



## En esta edición

La nueva First Coast University.....	3
Califique su satisfacción con su MAC .....	5
Proveedores innovadores utilizan PDS.....	9
Política de remoción de cataratas.....	10
Asignación apropiada de códigos.....	15
Evite pagos incompletos.....	16
Guía para la facturación de cociugía.....	28
Incentivo relacionado a autorización previa.....	30
Actualización de octubre de 2013 de NCCI.....	32

## ¿Cómo usted evalúa a First Coast?

Su opinión es importante no sólo para First Coast Service Options pero también para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Juntos, trabajamos con proveedores como usted para continuamente mejorar el programa de Medicare.

Como su contratista administrativo de Medicare (MAC), mejorar la calidad del servicio que le ofrecemos en nuestra prioridad, pero no podemos hacerlo solos.



### Trabajo en equipo es la clave.

Los comentarios y sugerencias que usted comparte a través de nuestros foros de comentarios del proveedor nos ayudan a saber no sólo lo que estamos haciendo bien pero también lo que podemos hacer mejor.

Ahora, le invitamos a usted y a los otros miembros valiosos de nuestra comunidad

del proveedor a calificar su satisfacción con nuestro desempeño de una *nueva forma*...

## Introduciendo el índice de satisfacción de MAC

El **índice de satisfacción de MAC (MSI)** es una nueva herramienta importante que le permitirá a CMS medir el nivel de satisfacción experimentada por los proveedores y suplidores dentro de la jurisdicción de cada contratista.

Cada año, CMS seleccionará aleatoriamente su muestra

de administración de MSI de una lista de proveedores que se han inscrito para participar.

## Su participación en MSI nos ayudará a mejorar Medicare

Las metas principales de MSI son ayudar a CMS a evaluar las experiencias de los proveedores con sus contratistas asignados e identificar factores clave de satisfacción del cliente entre la comunidad del proveedor. En adición, CMS planifica utilizar los resultados de MSI para monitorear tendencias, mejorar la visión, y aumentar la eficiencia del programa de Medicare.

Más importante, MSI faculta a los proveedores dándoles una voz activa en el programa de Medicare y ayudando a CMS y contratistas a entender qué es lo más importante para las comunidades a las que sirven. Si usted es un proveedor de servicio por tarifa fija de Medicare o representa a un proveedor de Medicare FFS, usted.

## Inscripción requerida

CMS abrió la inscripción para MSI el 8 de julio - pero sólo por un **tiempo limitado**. Así que, por favor no se demore. Sólo tomará unos minutos para completar el [formulario](#)

(Continúa en la página 5)



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



Quando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

Actualización: Cartas de demanda emitidas para artículos.....	3
Desde el 1 de agosto: La nueva First Coast University.....	3
Actualizaciones al manual para incorporar el proceso de revalidación.....	4
Guía para reducir los problemas de reembolso de la cirugía Mohs.....	5
Califique su satisfacción con su MAC.....	5
Problemas completando la hoja de cubierta de fax/correo de PWK.....	6
La nueva portada de fax debe preceder todos los formularios de inscripción de EDI.....	7
Procedimientos realizados durante el periodo global de 90 días para cirugías mayores.....	7
Uso de modificadores para evitar el rechazo de las reclamaciones duplicadas.....	8
Conversión de la dosis a las unidades facturadas por rituximab y bevacizumab.....	8
Proveedores innovadores utilizan reportes del PDS.....	9
Facturación de servicios E/M para visitas a pacientes.....	10
Política de remoción de cataratas.....	10
Las reclamaciones para TAVR deben incluir el número de registro.....	11
Facturar códigos complementarios requiere el código de servicio primario.....	11
¿Está listo para hacer la transición a ICD-10?.....	12
Inscripción de Medicare para “inmunizadores masivos”.....	12
CMS e-News del proveedor de Medicare.....	13
Próximos eventos educacionales.....	14

## Parte A

Asignación apropiada de códigos de disposición.....	15
Facturación de servicios de trabajo social y sicología.....	15
Evite pagos incompletos por errores de codificación.....	16
Seguimiento de la facturación de pacientes ambulatorios.....	16
Consultas de servicio al cliente sobre las apelaciones de Parte A.....	17
Solicitudes para anular la puntualidad.....	17
Medicare propone actualizaciones para PPS de ESRD.....	18
Actualizaciones de precios del PPS de 2014.....	18

## Gráficos

Datos procesamiento de reclamación.....	19
---	----

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A.....	22
Contactos Parte A de Puerto Rico.....	25
Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	26

## Parte B

Procedimientos pulmonares y servicios E/M.....	27
Codificación de lugar de servicio para servicios médicos.....	27
Guía para la facturación de cocirugía.....	28
Hospitalizaciones cuando la cirugía electiva ha sido cancelada.....	28
Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas.....	29
Servicios relacionados con hospicio.....	29
Pago de incentivo relacionado a autorización previa para PMD.....	30
Nuevas pruebas con dispensa.....	30
Formulario de reclamación en papel revisado CMS 1500.....	31
CMS publicó la actualización de octubre de 2013 de NCCI.....	32

## Gráficos

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

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B.....	36
Ordenar materiales de Parte B.....	39
Contactos Parte B de Puerto Rico.....	40
Contactos Parte B de Florida.....	41
Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	42

## Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 7  
Julio 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

### Actualización: Cartas de demanda emitidas para artículos o servicios prestados a beneficiarios encarcelados

Recientemente, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) iniciaron recuperaciones de proveedores y suplidores basados en los datos que indicaban que el beneficiario fue encarcelado en la fecha de servicio. Medicare generalmente no paga por artículos y servicios médicos prestados a un beneficiario que fue encarcelado cuando estos artículos y servicios fueron suministrados. Un beneficiario puede estar “encarcelado” incluso cuando la persona no está confinada en un establecimiento penitenciario, tal como un beneficiario que se encuentra en libertad bajo supervisión, con licencia médica, residiendo en un centro de reinserción social u otra situación similar.

Medicare identificó reclamaciones previamente pagadas que contienen una fecha de servicio superponiendo un periodo parcial o completamente cuando un beneficiario estaba aparentemente encarcelado basado en información que recibe CMS de la Administración del Seguro Social (SSA). Como resultado, un gran número de pagos en exceso fueron identificados, cartas de demanda fueron emitidas, y, en muchos casos, se hicieron recuperaciones automáticas de pagos en exceso. Desde entonces CMS ha aprendido que la información relacionada a estos periodos de encarcelamientos estaba, en algunos casos, incompleta para propósitos de CMS.

CMS está activamente revisando estos datos y estará tomando acción para mejorar el proceso utilizado para identificar los periodos de encarcelamiento. Como parte de este esfuerzo, CMS está trabajando para identificar rápidamente las reclamaciones que dieron lugar a las recientes acciones de recuperación y tomar los pasos, según apropiado, para corregir cualquier recuperación de pago en exceso inapropiada.

CMS continuará publicando mensajes sobre este tema, incluyendo los plazos para la resolución, para mantener la comunidad del proveedor y suplidor informada. También se publicará información en la página [All-Fee-For-Service-Providers](#) del sitio Web de CMS.

### Acciones revisadas requeridas para proveedores y beneficiarios

Mientras tanto, proveedores y suplidores ya no deben alentar a los beneficiarios a contactar su oficina local del seguro social para poder actualizar sus registros como resultado de este problema reciente. También los proveedores ya no deberían enviar información por fax a sus oficinas locales de CMS regional ya que CMS está actualmente trabajando para desarrollar procedimientos para resolver este problema.

*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 201307-05

---

## Desde el 1 de agosto: La nueva First Coast University

Experimente el nuevo diseño de [First Coast University](#), donde usted tendrá acceso rápido y fácil a lo que es nuevo, lo que viene y lo que está sucediendo ahora con la educación de los proveedores de Medicare. Lo mejor de todo, usted no tendrá que acceder a su cuenta de [First Coast University](#) para explorar las oportunidades educativas disponibles para los proveedores dentro de nuestra jurisdicción.

Si usted ha estado pensando en crear su primera cuenta **gratuita** en [First Coast University](#) o si ya tiene una cuenta y nunca ha tenido la oportunidad de explorar todo lo que First Coast tiene para ofrecerle a usted y a su personal, venga y explore el nuevo diseño de [First Coast University](#) y descubra todo lo que se ha estado perdiendo.

### First Coast University: Su entrada al conocimiento de Medicare

Venga y explore el nuevo diseño de nuestro sitio donde usted podrá:

- Explorar el calendario de los eventos educativos de Medicare de First Coast e inscribirse en clases y seminarios que le ayudarán a aprender más sobre el programa Medicare y encontrar maneras de mejorar la precisión y la eficiencia de su proceso de facturación de Medicare
  - Aprender cómo iniciar un webcast y aprovechar al máximo nuestra experiencia de aprendizaje interactiva
  - Descargar las grabaciones de los webcasts pasados de First Coast
- Aprender sobre los próximos eventos de Medicare

*(Continúa en la página siguiente)*

## Desde... (continuación)

- Vea todas las clases ofrecidas por sesión sin tener que iniciar la sesión
- Tome las capacitaciones en línea en preparación para Medifest
- Explore nuestro catálogo de cursos en línea y regístrese para los cursos informativos
  - Capacítese cuando y donde sea más conveniente para usted
  - Ingrese a los recursos de adiestramiento en línea 24/7
- Ingrese a los enlaces útiles
- Encuentre ayuda cuando la necesite:
  - Llame o envíe un correo electrónico al personal dedicado de First Coast University
  - Encuentre las respuestas en nuestra sección de FAQ
  - Comparta su opinión

Nuestro nuevo diseño de *First Coast University* ya está disponible, y no podemos esperar para compartir esta excitante nueva entrada al conocimiento de Medicare con usted.

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

## Actualizaciones al manual para incorporar el proceso de revalidación

Número de *MLN Matters*: MM8341

Número de petición de cambio relacionado: 8341

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2011

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R474PI

Fecha de implementación: 5 de abril de 2012

### Resumen

Los cambios al *Program Integrity Manual* incorporan las pautas de procesamiento del contratista para los procesos de revalidación. Cambios claves incluyen cómo el contratista se encarga de la aplicación que es devuelta, denegada, o rechazada. En adición, el artículo explica los plazos para manejar las decisiones de aplicaciones para revalidaciones.



### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8341.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8341, 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/R474PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 474, CR 8341

*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.*

## Síntese 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)



## ¿Cómo usted evalúa... (continuación)

de información de inscripción del participante de MSI (en inglés), y se requiere inscripción para participar. Si es seleccionado, usted tendrá la oportunidad de compartir sus observaciones, sugerencias, y comentarios sobre sus experiencias con First Coast.

**Sus opiniones son importantes.** No se pierda su oportunidad de estar entre esos seleccionados para participar en la encuesta de MSI y representar a la comunidad del proveedor de First Coast.

**Deje que su voz sea escuchada:** ¡[Inscríbese hoy!](#)

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

---

## Guía para reducir los problemas de reembolso de la cirugía Mohs

Número de *MLN Matters*: SE1318  
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

Una reciente auditoria de los códigos del *Current Procedural Terminology*® (*CPT*®) asociados con Mohs Micrographic Surgical (MMS) encontró que los proveedores pueden no haber entendido por completo la política de reembolso de Medicare relacionada con este procedimiento.

Medicare sólo reembolsará los servicios de MMS cuando el cirujano Mohs actúa como cirujano y patólogo. Los proveedores no pueden facturar a Medicare por estos procedimientos si la preparación o interpretación de muestras de la patología es realizada por un médico que no sea el cirujano Mohs.

MMS es una técnica quirúrgica microscópica controlada, precisa, de preservación de tejido utilizada para tratar cánceres de piel seleccionada. Medicare tendrá en cuenta el reembolso de MMS para diagnósticos e indicaciones aceptadas, que los proveedores deben documentar en la historia médica del paciente según sea lo apropiado para MMS. La historia clínica de un paciente sometida a MMS debe mostrar claramente que este procedimiento fue elegido debido a la complejidad, el tamaño o la ubicación del tejido canceroso.

La edición especial del artículo al que se hace referencia lista la guía completa para facturación de los servicios de MMS provistos a los beneficiarios de Medicare.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1318.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1318

*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.*

---

## Califique su satisfacción con su MAC

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están lanzando un nuevo instrumento para el 2013 llamado el indicador de satisfacción del contratista administrativo de Medicare (MSI). El MSI es una herramienta que mide su satisfacción con el contratista administrativo de Medicare (MAC) de reclamaciones, que le sirve a usted. Esta herramienta de medición será la mejor oportunidad para que usted califique su satisfacción con su MAC. Su opinión ayudará a que su MAC mejore los servicios que le son ofrecidos. La participación es voluntaria, pero usted debe registrarse si desea tomar el MSI. Una muestra aleatoria será tomada del registro.

Si usted es un proveedor del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare (FFS) o usted representa a un proveedor FFS de Medicare y está interesado en participar, tome un momento para registrar su información de contacto, completando la solicitud en <https://adobeformscentral.com/?f=eMRKPqaWpqMxNOmTQpSKDA>. Le tomará alrededor de un minuto completarla.

Para más información visite el sitio Web MSI de CMS en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Contracting/MSI>

**Deje que su voz sea escuchada.**

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

## EDI

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

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

#### Problemas de PWK

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

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

apelación presentadas a través del proceso de fax/correo de PWK no será reconocido.

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

#### Recordatorios

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

- Verifique que usted haya indicado el ACN (número de control de archivo adjunto [presentado en el segmento PWK06]), DCN (número de control de documento [Parte A]), ICN (número de control interno [Parte B]), número de reclamación del seguro de salud del beneficiario (HICN)/número de Medicare, nombre del proveedor de facturación y NPI (identificador nacional del proveedor) en la hoja de cubierta de fax/correo.
- Incluya una dirección a dónde enviar por correo la hoja de cubierta, en caso de que no podamos enviarla de vuelta por fax al número de origen.
- Usuarios de fax: asegúrense de enviar la hoja de cubierta de fax PWK y la documentación a **la línea de fax de la localidad correspondiente.** **Ejemplo:** las reclamaciones de proveedores en Puerto Rico deben ser enviadas por fax a la línea de fax de Puerto Rico, las reclamaciones de los proveedores de la Florida a la línea de fax de Florida, etc. Si una hoja de cubierta se recibe en la cuenta de faxinación incorrecta, no podremos localizar la reclamación.
- No envíe documentación sin la hoja de cubierta de fax/correo completada.
- No utilice la hoja de cubierta de PWK para ninguna otra razón aparte del proceso de PWK.

## La nueva portada de fax debe preceder todos los formularios de inscripción de EDI

Para agilizar el proceso de envío, mejorar el flujo de trabajo de oficina, y mejorar la eficiencia, First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha implementado un nuevo proceso de recepción de los formularios de EDI (intercambio electrónico de datos). El departamento de EDI de First Coast ha introducido un nuevo procedimiento en la interfaz de imagen de fax electrónico. Con fecha efectiva inmediata, este proceso requerirá que todos los formularios de EDI vayan precedidos de la portada de fax requerida. Esto incluye la inscripción y los formularios DDE (acceso al sistema remoto) y la información ASCA (Ley de Cumplimiento de Simplificación Administrativa). La portada de fax proporciona información detallada acerca de la transmisión del fax y proporciona enrutamiento y enlaces de la documentación recibida dependiendo de la información en la portada.

Usted no podrá crear su propia portada. Usted tendrá que utilizar la portada de fax interactiva de nuestro sitio Web. Simplemente ingrese la información solicitada en los campos interactivos en el formulario, imprímalo y envíelo por fax junto con el formulario(s) de EDI. **Nota:** La portada de fax no puede ser alterada de ninguna manera, con excepción de la información ingresada en los campos correspondientes.

El departamento de EDI procesará todos los formularios precisos y completos EDI en el orden en que se reciben. Una vez procesados, será enviada la notificación al proveedor que contiene la información sobre cómo se procesó el formulario y los detalles en relación con el estatus. Además, para asegurar la notificación oportuna será requerida su dirección de correo electrónico en el formulario(s) original de inscripción de EDI y el formulario(s) DDE recibido para que podamos enviarle esta información. Cualquier formulario EDI que esté incompleto o no pueda ser procesado por cualquier razón será devuelto al proveedor indicado en el formulario.

[Haga clic aquí](#) para acceder a la portada de fax de EDI.

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

## Facturación

### Procedimientos realizados durante el periodo global de 90 días para cirugías mayores

Número de *MLN Matters*: SE1323  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A



#### Resumen

Los proveedores están facturando incorrectamente los servicios de evaluación y manejo (E/M) provistos por el cirujano el día anterior a una cirugía mayor, el día de una cirugía menor, de 0-10 días luego de una cirugía mayor y hasta 90 días después de una cirugía mayor. Este artículo es un recordatorio del paquete quirúrgico global y los servicios que se incluyen.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1323.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1323

*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.*

## Uso de modificadores apropiados para evitar el rechazo de las reclamaciones duplicadas

Número de *MLN Matters*: SE1314  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), asesoran a los proveedores y al personal de facturación sobre el uso cuidadoso de los modificadores al facturar múltiples servicios de diagnóstico en el mismo día.

Los auditores de recuperación continúan realizando revisiones de reclamaciones para identificar los servicios duplicados, facturados y reembolsados bajo Medicare. Los auditores revisan las reclamaciones cuando los siguientes campos de datos parecen ser duplicados: nombre del beneficiario con el mismo proveedor, mismas fechas de servicio, los mismos tipos de servicios, el mismo lugar de servicio, los mismos códigos de procedimiento y la misma cantidad facturada.

El artículo de la edición especial al que se hace referencia lista los códigos específicos involucrados en la auditoría.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1314.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1314

*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 de la dosis a las unidades facturadas por rituximab y bevacizumab

Número de *MLN Matters*: SE1316 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 provee instrucciones sobre cómo hacer la conversión de aquellos medicamentos de alto costo a las unidades adecuadas de tal forma que, la cantidad administrada, sea consistente con las unidades facturadas. Los proveedores deberán diferenciar entre las unidades facturadas versus los miligramos facturados en estos medicamentos de alto costo. Para ilustrar los problemas identificados, el artículo incluye ejemplos de reclamaciones revisadas para rituximab y bevacizumab.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1316.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1316

*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.*



## Proveedores innovadores utilizan reportes del PDS para mejorar las prácticas de facturación

Cada año más de 32,000 personas dependen de Escambia County Emergency Medical Services (EMS) para transporte hacia proveedores del cuidado de la salud. Como muchas agencias públicas alrededor de los Estados Unidos, los EMS del país enfrentan presiones de financiamiento para continuar sirviendo a su comunidad al nivel que los residentes del área de Pensacola han llegado a esperar.

Joe Scialdone, quien administra la facturación de Medicare para Escambia County EMS, dice que la precisión de la facturación y la puntualidad son importantes para la habilidad de la agencia de proveer servicios salva vidas para sus residentes. “Escambia County EMS no recibe un subsidio de funcionamiento del condado, por lo que es crítico que facturemos con precisión por nuestros servicios de EMS en nuestra factura inicial,” dijo Scialdone.

Para mantenerse al tanto sobre las tendencias, Scialdone utiliza los [reportes del resumen de dato del proveedor \(PDS\)](#) de First Coast Service Options Inc (First Coast). El PDS es un reporte de facturación completo diseñado para ayudar a los proveedores a identificar posibles problemas de facturación de Medicare. El reporte ofrece un análisis detallado de patrones personales de facturación en comparación con esos de proveedores similares.

Cada trimestre, él revisa los reportes del PDS los cuales muestran las tendencias de facturación de Medicare reciente para el condado, así como también para agencias cercanas. “Ir a los reportes es bien fácil,” dice Scialdone. “Esto [reporte del PDS] provee un panorama de la calidad de las reclamaciones que estamos presentando,” dijo.

### Mejorando el resultado final

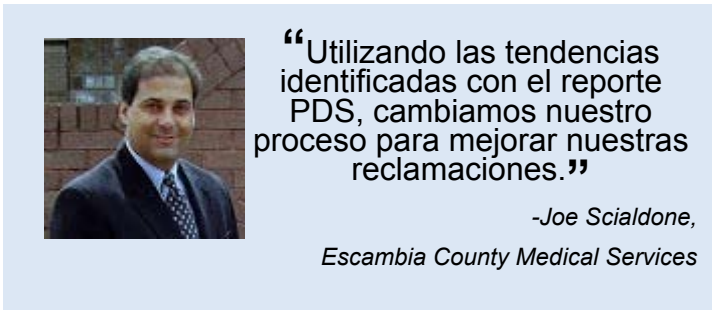
Scialdone señala dos iniciativas de mejoramiento donde los reportes del PDS ayudaron a la agencia a mejorar sus procesos y a la larga, el resultado final de la organización.

“Nosotros tenemos una meta de equipo de reducir el número de días entre la prestación del servicio de transporte y la presentación de la reclamación a Medicare. Nosotros queríamos asegurar que la calidad de nuestras reclamaciones no sufriera. La información del reporte del PDS nos ayudó a rastrear la información para asegurar que no estábamos simplemente empujando más facturas en el sistema más rápidamente,” dijo Scialdone. Finalmente, el equipo redujo el tiempo de 13 días a tres sin aumentar

las tasas de denegación de reclamación.

La segunda iniciativa surgió de un aumento en las denegaciones de facturación de Medicare, el cual fue identificado a través de la revisión regular de Scialdone de los reportes del PDS. “Nosotros formamos un equipo de trabajo de hospicio para revisar nuestros procedimientos cuando vimos un aumento en las denegaciones de reclamaciones de hospicio. Desde nuestro punto de vista no siempre es evidente que estábamos transportando a un paciente de hospicio. Nosotros llegábamos al hospital y más tarde descubríamos que el paciente estaba en cuidado de hospicio. Utilizando las tendencias identificadas con el reporte del PDS, cambiamos nuestro proceso para mejorar nuestras reclamaciones.”

“Ahora cuando hacemos el transporte, le pedimos al proveedor de hospicio firmar un formulario que indica la naturaleza del transporte está relacionada a cuidados terminales,” dijo Scialdone. “Nosotros hacemos la determinación por adelantado antes de presentar la reclamación y sabemos si debemos facturar al proveedor si la transportación está relacionada al cuidado de hospicio o al programa de la Parte B de Medicare, si la razón para el transporte no está relacionada al diagnóstico terminal del paciente.”



### Otras herramientas en línea

En adición a los reportes del PDS, First Coast les ofrece a los proveedores [otras herramientas en línea](#) para que los proveedores mejoren sus prácticas de facturación. Los proveedores pueden utilizar los [reportes de facturación comparativos \(CBR\)](#) y [la hoja de cálculo interactiva de evaluación y manejo \(E/M\)](#).

Los proveedores pueden solicitar diferentes tipos de CBR basado en diferentes criterios tales como tipo de factura, distribución de E/M específica del proveedor, o distribución específica del servicio. La hoja de cálculo interactiva de E/M le ayuda a los proveedores a facturar los servicios de E/M provistos a los beneficiarios de Medicare.

First Coast les recomienda a los proveedores utilizar estas herramientas para diseñar e implementar un programa de cumplimiento para mejorar las prácticas de facturación de Medicare. Para más información, First Coast ofrece consejos para los proveedores sobre como desarrollar un programa de cumplimiento.

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

## Facturación de servicios E/M para visitas a pacientes en instalaciones de camas de uso múltiple

Número de *MLN Matters*: SE1312  
 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

El programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) identificó un número importante de reclamaciones pagadas por error en relación con los servicios de evaluación y manejo (E/M) prestados en entornos de camas de uso múltiple.

La reciente evaluación muestra que los proveedores facturan de forma inapropiada los códigos de visita a hospital por servicios de E/M prestados en instalaciones de camas de uso múltiple.

Los códigos del *Current Procedure Terminology*® (CPT) involucrados incluyen:

- 99221-99223 (Initial Hospital Care),
- 99231-99233 (Subsequent Hospital Care) y
- 99238-99239 (Hospital Discharge Day Management)

Los médicos deben facturar los códigos de atención hospitalaria cuando la instalación proporcione atención de pacientes hospitalizados al beneficiario y, los códigos de atención de centro de enfermería, cuando se utiliza la cama de uso múltiple para proporcionar servicios de enfermería especializada. CMS anima a los proveedores a educar al personal de facturación sobre estos requisitos con el fin de evitar errores de facturación.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1312.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1312

*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.*

## Política de remoción de cataratas

Número de *MLN Matters*: SE1319  
 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 es para recordarles a los proveedores sobre la facturación correcta para la remoción de cataratas. Sólo puede ser facturada una unidad por ojo. La remoción de cataratas puede ocurrir solamente una vez por ojo.

De acuerdo con el *National Correct Coding Initiative Policy Manual*, CPT® los códigos que describen la extracción de cataratas (66830-66984) son mutuamente excluyentes el uno del otro. Por lo tanto, sólo un código de este rango de códigos CPT® puede ser reportado por ojo. Esto se aplica incluso si se utiliza más de una técnica o más de un código podría ser aplicable.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1319.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1319

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

## Las reclamaciones para TAVR deben incluir el número de registro de investigación o prueba clínica

Número de *MLN Matters*: MM8255 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 8255  
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de julio de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2737CP  
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

### Resumen

El 1 de mayo de 2012, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) que describe la cobertura de reemplazo de válvula aórtica transcatheter (TAVR) bajo la cobertura con el desarrollo de evidencia (CED). La petición de cambio 8255 se publica para requerir que las reclamaciones TAVR lleven un número de investigación o prueba clínica aprobado, de ocho dígitos, para lo siguiente:

- Reclamaciones profesionales procesadas a partir del 1 de julio de 2013
- Reclamaciones de hospital para pacientes hospitalizados con altas médicas a partir del 1 de julio de 2013

Las reclamaciones presentadas sin el número de

registro de investigación o prueba clínica serán devueltas.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8255.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8255, 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/R2737CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2737, CR 8255

*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.*

---

## Facturar códigos complementarios requiere el código de un servicio primario

Número de *MLN Matters*: SE1320  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aprendieron recientemente de los informes de auditoría de recuperación que algunos proveedores sólo están facturando los códigos complementarios sin sus respectivos códigos primarios.

Un código complementario es, un código dentro del Health Care Common Procedure System (HCPCS) o un código del *Current Procedural Terminology*® (CPT) que describe un servicio realizado en conjunto con el servicio primario.

Un código complementario es elegible para el pago sólo si se reporta con el procedimiento primario apropiado realizado por el mismo profesional de la salud en la misma fecha 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/SE1320.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1320

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

## ICD 10

### ¿Está listo para hacer la transición a ICD-10?

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) serán los anfitriones de una presentación sobre la conversión a International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) por Sue Bowman de American Health Information Management Association (AHIMA), el jueves, 22 de agosto, 1:30-3 p.m. EDT.

El webinar incluirá información sobre los beneficios de ICD-10, una actualización de la implementación por CMS, necesidades de capacitación y puntualidad, recursos para codificación y adiestramiento y una sesión de preguntas y respuestas luego de la presentación.



Otros temas cubiertos incluyen:

- Similitudes y diferencias con ICD-9
- Codificación
- Conceptos básicos de la búsqueda de un código de diagnóstico
- Códigos no especificados
- Causa externa de códigos de lesión
- Tipo de encuentro

Para más información sobre la presentación, [haga clic aquí](#).

First Coast Service Options Inc. quiere resaltar historias de proveedores quienes ya han comenzado su plan de transición a ICD-10.

Si le gustaría compartir su historia, déjenos saber. [Haga clic aquí](#) y díganos brevemente cómo su organización se está preparando para ICD-10. Nos gustaría compartir su historia con sus colegas en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Asegúrese de marcar el botón de opción "General" en el formulario de comentarios.

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

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

## Inscripción del Proveedor

### Inscripción de Medicare para "inmunizadores masivos"

*La siguiente información ha sido extraída de el manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), publicación 100-08, Medicare Program Integrity Manual, capítulo 15, sección 15.4.6.2 - Mass Immunizers Who Roster Bill.*

La entidad o persona que desee prestar servicios de inmunización masiva- pero no puede calificar de otra manera como un proveedor de Medicare - puede ser elegible para inscribirse como "mass immunizer" (inmunizador masivo) a través del formulario CMS-855I (individual) o el formulario CMS-855B (entidades).

*Los proveedores pueden agilizar su proceso de inscripción completando y presentando su aplicación en línea a través del [sistema de inscripción del proveedor en línea](#) (PECOS). [Haga clic aquí](#) para obtener más información.*

Tales proveedores deben cumplir con los siguientes requerimientos:

- Ellos no pueden facturar a Medicare por los servicios que no sean las vacunas neumocócica contra la neumonía (PPV), las vacunas del virus de influenza y su administración.
- Deben presentar las reclamaciones a través del proceso de "roster billing".
- Todo el personal que administra las vacunas debe cumplir con todas las licencias locales y estatales aplicables o requisitos de certificación.

El proceso de "roster billing" fue desarrollado para permitir que los beneficiarios de Medicare participen en las PPV masivas y los programas de vacunación del virus de influenza ofrecidos por las clínicas de salud pública y otras organizaciones.

**Nota:** La siguiente información se relaciona con el proceso de inscripción de inmunizadores masivos:

*(Continúa en la página siguiente)*

## Inscripción... (continuación)

- La fecha efectiva de la provisión en 42 CFR § 424.520(d) no aplica a la inscripción de inmunizadores masivos. Esto es porque el individuo/entidad no está inscrito como médico, profesional de la salud, grupo de médicos o grupo de profesionales de la salud.
- En la sección 4 del formulario CMS-855, el proveedor no necesita enumerar cada ubicación fuera del sitio (por ejemplo, la feria del condado, el centro comercial) en la cual se prestaron los servicios. Sólo se necesita la lista de su base de operaciones (por ejemplo, la sede del departamento de salud del condado, la ubicación de la farmacia).

Para más información sobre “roster billing” de inmunización masiva, consulte:

- Publicación 100-02, Benefit Policy Manual, [capítulo 15, sección 50.4.4.2](#)
- Publicación 100-04, Claims Processing Manual, [capítulo 18, secciones 10 hasta 10.3.2.3](#)

**Nota:** La sección 10.3.1 describe los requerimientos para presentar “roster bills”.

Los nuevos proveedores deben obtener primero un identificador nacional del proveedor (NPI) antes de inscribirse. Visite <https://nppes.cms.hhs.gov/NPPES/Welcome.do> para más información de inscripción de NPI.

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

*Fuente:* IOM Publication 100-08, Medicare Program Integrity Manual, Chapter 15 - Medicare Enrollment

---

## 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, 27 de junio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-06-27Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 4 de julio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-07-04-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 11 de julio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-07-11-Enews.pdf>

CMS e-News para el jueves, 18 de julio de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-07-18Enews.pdf>

**Fuente:** CMS PERL 201306-06, 201307-01, 201307-02, 201307-04

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Agosto de 2013

Servicios de ambulancia que no son de emergencia (Parte B)

Cuando: 13 de agosto de 2013  
 Hora: 1:00 - 3:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español  
 Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Puerto Rico

Entendiendo los servicios de terapia de Medicare: Sesión 2 (Partes A/B)

Cuando: 13 de agosto de 2013  
 Hora: 3:30 - 6:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español  
 Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Puerto Rico

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

Cuando: 14 de agosto de 2013  
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
 Tipo: Webcast **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

### Asignación apropiada de códigos de disposición

Códigos incorrectos de estatus de alta han sido identificados por Connolly Healthcare el contratista de auditoría de recuperaciones (RA) como un pago incompleto para proveedores de hospitalización. Análisis de datos ha identificado sucesos en los que no se ha encontrado ninguna reclamación al centro correspondiente. Puede haber momentos en que esto legítimamente puede ocurrir después; también significa que el hospital, transfiriendo al paciente, está siendo mal pagado. Es importante que los hospitales le den seguimiento al alta del paciente, especialmente cuando los siguientes códigos de estatus de alta del paciente son utilizados. Los códigos de estatus de alta del paciente que deben ser tomados en consideración son: centro de hospitalización de cuidado intensivo (02), centro de enfermería especializada (03), salud en el hogar (06), centro de rehabilitación hospitalaria (62), centro de cuidado a largo plazo (63), o centro psiquiátrico (65). Los códigos de estatus de alta del paciente anteriores en combinación con la transferencia de 275 grupos de diagnósticos relacionados (DRG) listados en *Table 5 of the FY 2013 Inpatient Prospective Payment System (IPPS)* activan la política de transferencia del cuidado posterior intensivo (PCAT). Casos específicos de transferencia cualifican para pago bajo la metodología alternativa.

Hay casos en los que el paciente es dado de alta para regresar a su hogar y decide que él o ella quiere recibir cuidado posterior intensivo en un centro; puede ocurrir lo opuesto cuando el paciente fue dado de alta a un centro de cuidado posterior intensivo y el paciente o la familia deciden que no necesitan ese tipo de cuidado. Entonces, el código de estatus de alta del paciente es incorrecto, el hospital estaría mal pagado y sería un error.

Para el código de estatus de alta del paciente de salud en el hogar (06) el servicio tendría que comenzar dentro de tres días después de la fecha de alta y el servicio es relacionado a la hospitalización previa. Si esto no ocurre, el código de condición 42 (cuidado continuo no relacionado a admisión hospitalaria) o 43 (cuidado continuo no provisto dentro de la ventana posterior al alta establecida) debe ser utilizado.

Se alienta a los proveedores a revisar lo siguiente: *Internet-only manual, Publication 100-04 Medicare Claims Processing Manual, Section 20.1.2.4, Transfers and Section 40.2.4 IPPS Transfers Between Hospitals* de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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

---

## Facturación de servicios de trabajo social y sicología en los centros de rehabilitación ambulatoria comprensiva

Número de *MLN Matters*: MM8257 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 8257  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de junio de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2736CP  
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid recientemente actualizaron la lista de los códigos facturables del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) en los centros de rehabilitación ambulatoria comprensiva (CORF).

CMS provee nueva información que contiene instrucciones de facturación para las determinaciones de cobertura nacional (NCD) relacionadas a los CORF que previamente fueron omitidas en el *Medicare Claims Processing Manual*. Las nuevas instrucciones clarifican los nuevos códigos de ingreso permitidos con el tipo de factura 75x presentada por los servicios

de trabajo social y psicológicos proporcionados en los CORF.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8257.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8257, 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/R2736CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2736, CR 8257

*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.*

## Evite pagos incompletos por errores de codificación en traslados de pacientes posteriores al cuidado intensivo

Número de *MLN Matters*: SE1317  
 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

Recientemente el análisis de data de las reclamaciones de pacientes hospitalizados encontró que las instalaciones de pacientes hospitalizados codifican erróneamente las altas médicas cuando los pacientes son trasladados a un centro no participante de Medicare.

De acuerdo con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), las reclamaciones hospitalarias relacionadas se rigen bajo la política de traslados de pacientes posteriores al cuidado intensivo (PACT) y son reembolsadas con el pago de una tarifa diaria, hasta la totalidad del reembolso del código de los grupos de diagnóstico relacionado de severidad médica (MS-DRG) de Medicare.

Los auditores de recuperación de Medicare recientemente realizaron una revisión de reclamaciones de pacientes hospitalizados con grupos de diagnóstico relacionado (DRG) calificados que fueron identificados con la disposición de alta médica en una instalación de cuidado intensivo, centro de enfermería especializada, salud en el hogar, centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados, instalaciones de atención a largo plazo o centro psiquiátrico.

En varios casos, los auditores no encontraron una reclamación de una instalación separada que muestra que estos pacientes fueron recibidos por otro centro. Esto puede ocurrir cuando el paciente muere en el camino a otro centro o la otra instalación es un centro no participante de Medicare. Las instalaciones pueden estar recibiendo un reembolso menor que la instalación que tiene derecho si se factura de acuerdo con la política de PACT.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1317.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1317

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

## Los auditores de recuperación de Medicare realizan el seguimiento de la facturación de pacientes ambulatorios y el diagnóstico antes de la admisión de pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: SE1324  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los auditores de recuperación de Medicare identificaron errores de facturación que involucran las pruebas de diagnóstico previas a la admisión y servicios de pacientes ambulatorios facturados separadamente que preceden la admisión de pacientes hospitalizados.

De acuerdo con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), los servicios de diagnóstico prestados dentro de los tres días anteriores y que incluyen la fecha de la admisión de un beneficiario de Medicare se consideran servicios de hospitalización y se incluyen en el pago para pacientes hospitalizados.

Además, cuando un beneficiario recibe servicios de paciente ambulatorio del hospital durante el día anterior a una admisión hospitalaria, los servicios de hospital para pacientes ambulatorios son tratados como los servicios de paciente hospitalizado si el beneficiario tiene cobertura de Parte A de Medicare.

*(Continúa en la página siguiente)*



## Los auditores...(Continuación)

CMS anima a los proveedores a educar al personal de facturación sobre estos requerimientos de facturación con el fin de evitar errores de facturación.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1324.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1324

*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

### Consultas de servicio al cliente sobre las apelaciones de Parte A

Frecuentemente el servicio al cliente de First Coast recibe consultas sobre el estatus de apelaciones de Parte A. Para proveer un mejor servicio a nuestros clientes, estamos entregando alguna información adicional y consejos los cuales esperamos le ayuden cuando presente una apelación de su reclamación.

- Siempre deberá permitir un mínimo de 60 días para que nosotros procesemos su solicitud de apelación.
- Si usted llama o escribe antes de 60 días y la apelación aún no ha finalizado, sólo podemos decirle si hemos recibido su solicitud.
- Si su reclamación fue denegada inicialmente porque la documentación médica no se recibió a tiempo y posteriormente recibimos una apelación, estamos obligados a remitir su apelación a nuestro departamento del programa de integridad. Cuando una apelación se envía al programa de integridad, puede tomar 60 días adicionales para procesar la solicitud de apelación. El requerimiento para enviar la solicitud de apelación al programa de integridad está descrito en el manual electrónico 100-04, capítulo 34, sección 10.3. Es posible que desee revisar esta información completamente accediendo al siguiente enlace: <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/clm104c34.pdf>
- Como resultado del aumento de los requerimientos para reducir la tasa de error en el pago de las reclamaciones de Medicare, hay un aumento en la necesidad de revisar los registros. Usted puede evitar la necesidad de recurrir a las apelaciones de denegaciones relacionadas con la solicitud de la documentación, y los retrasos asociados con el procesamiento, mediante la mejora de los procedimientos de oficina relacionados con la respuesta oportuna a la solicitud la documentación.
- Si se hace una remisión al programa de zona de integridad del contratista (ZPIC) los plazos para la resolución comienzan desde la fecha que ellos reciben la solicitud.



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

### Solicitudes para anular la puntualidad debido a cambio en el estatus de alta

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recibe frecuentemente solicitudes para anular la puntualidad en las reclamaciones de Parte A cuando la razón es el cambio del estatus de alta del paciente. Cuando estén presentando las solicitudes, los proveedores de Medicare deben incluir una explicación detallada que muestre por qué el estatus del paciente está siendo cambiado. La razón de “estatus de paciente” o “cambio de estatus de alta” por sí misma no es

justificación suficiente para proveer aprobación de una reclamación para la puntualidad de presentación de reclamaciones.

Las solicitudes de puntualidad en la presentación de las reclamaciones no serán aprobadas si no se provee una explicación detallada que fundamente por qué una reclamación no pudo presentarse a tiempo, incluso por la razón de una corrección para cambiar el estatus de alta del paciente.

## Pagos Prospectivos

### Medicare propone actualizaciones para el sistema de pago prospectivo de ESRD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han propuesto recientemente la actualización de las políticas de Medicare y las tarifas de pago de las instalaciones para enfermedad renal en estado terminal (ESRD). La propuesta también agrega cinco nuevas medidas de calidad para el programa de incentivos de calidad (QIP) de ESRD.

Mientras CMS proyecta un aumento del ajuste por inflación de 2.9 por ciento en el 2014 incluido bajo la bolsa de mercado ESRD, los pagos totales estimados para las instalaciones de ESRD se reducirán en un 9.4 por ciento debido a una propuesta de ajuste de la utilización de medicamentos requerida por el American Taxpayer Relief Act de 2012. Las provisiones de la norma afectarían los pagos de mantenimiento de los tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios prestados a partir del 1 de enero de 2014 bajo el sistema de pago prospectivo incluido de ESRD.

La norma también provee el pago de incentivos a los centros de diálisis para mejorar la calidad de atención bajo el programa de incentivos de calidad ESRD. Las instalaciones ESRD que no alcanzan ciertos estándares de calidad experimentarán una reducción en el reembolso de hasta el 2 por ciento. Además, la norma introduce cinco nuevas medidas de calidad a los criterios utilizados para evaluar la calidad de la atención de diálisis.

Para más información sobre la norma propuesta, [haga clic aquí](#).

*La información contenida en este artículo fue previamente publicado en una edición semanal de “CMS MLN Connects™ Provider e-News.”*

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

### Actualizaciones de precios del PPS de 2014 para los centros de enfermería especializada de Medicare Parte A

Número de *MLN Matters*: MM8329  
 Número de petición de cambio relacionado: 8329  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de junio de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2731CP  
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) dieron a conocer recientemente las tarifas de pago actualizadas utilizadas bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) para los centros de enfermería especializada (SNF) para el año fiscal (FY) 2014, a partir del 1 de octubre 2013.

La metodología de actualización es idéntica a la utilizada en el FY 2014, que incluye un ajuste de error de predicción siempre que la diferencia entre el Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2731, CR 8329

cambio previsto y el real en la bolsa del mercado de SNF exceda el 0.5 punto porcentual.

Las tarifas pueden ser encontradas en el *Federal Register*, disponible en línea en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPSP/List-of-SNF-Federal-Regulations.html>

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8329.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8329, 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/R2731CP.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*

#### Suscripción a Medicare Parte A

La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en *inglés* y *español*. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2012 hasta septiembre 2013.

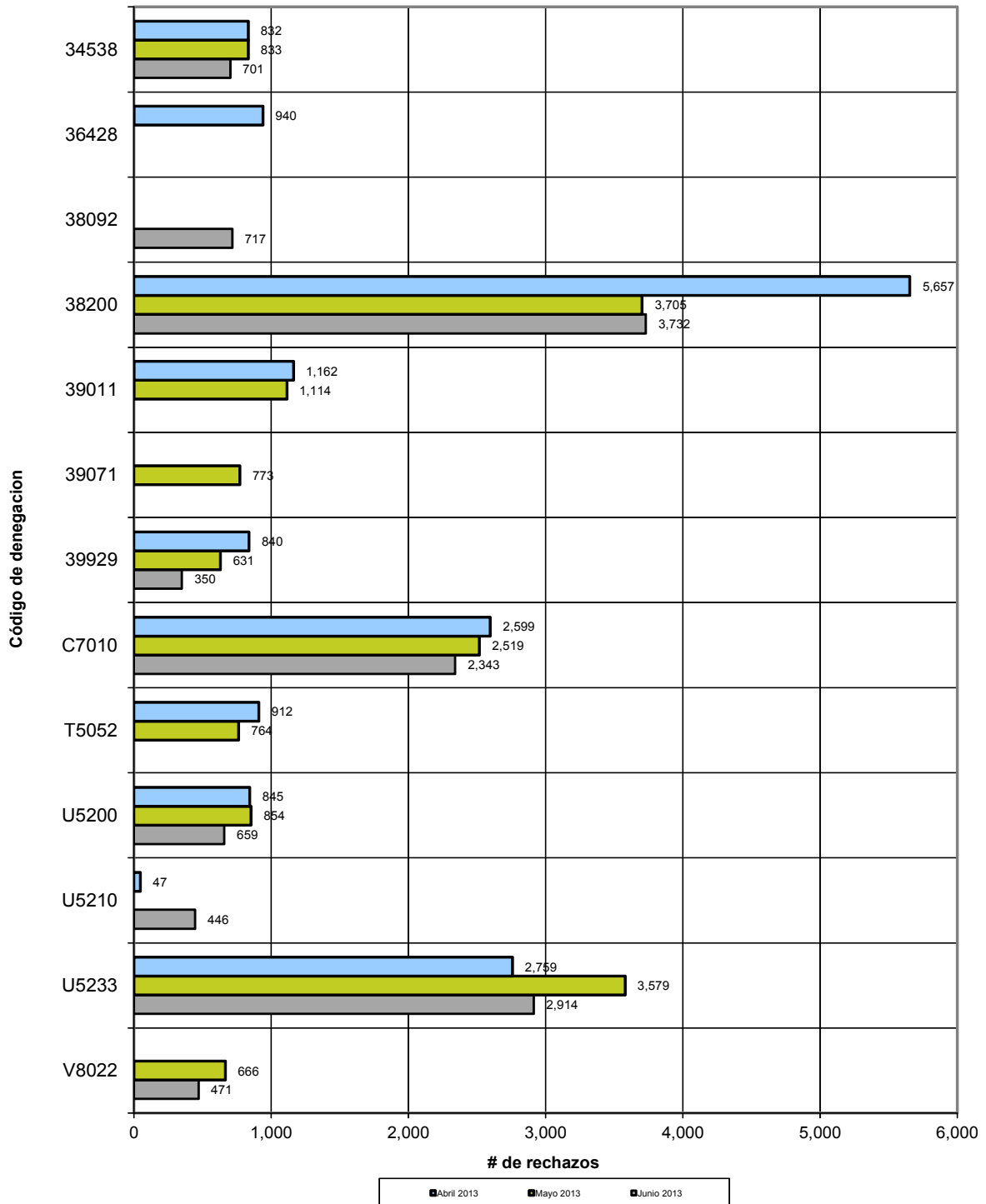
Para ordenar una suscripción anual, complete el *formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte A*.

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

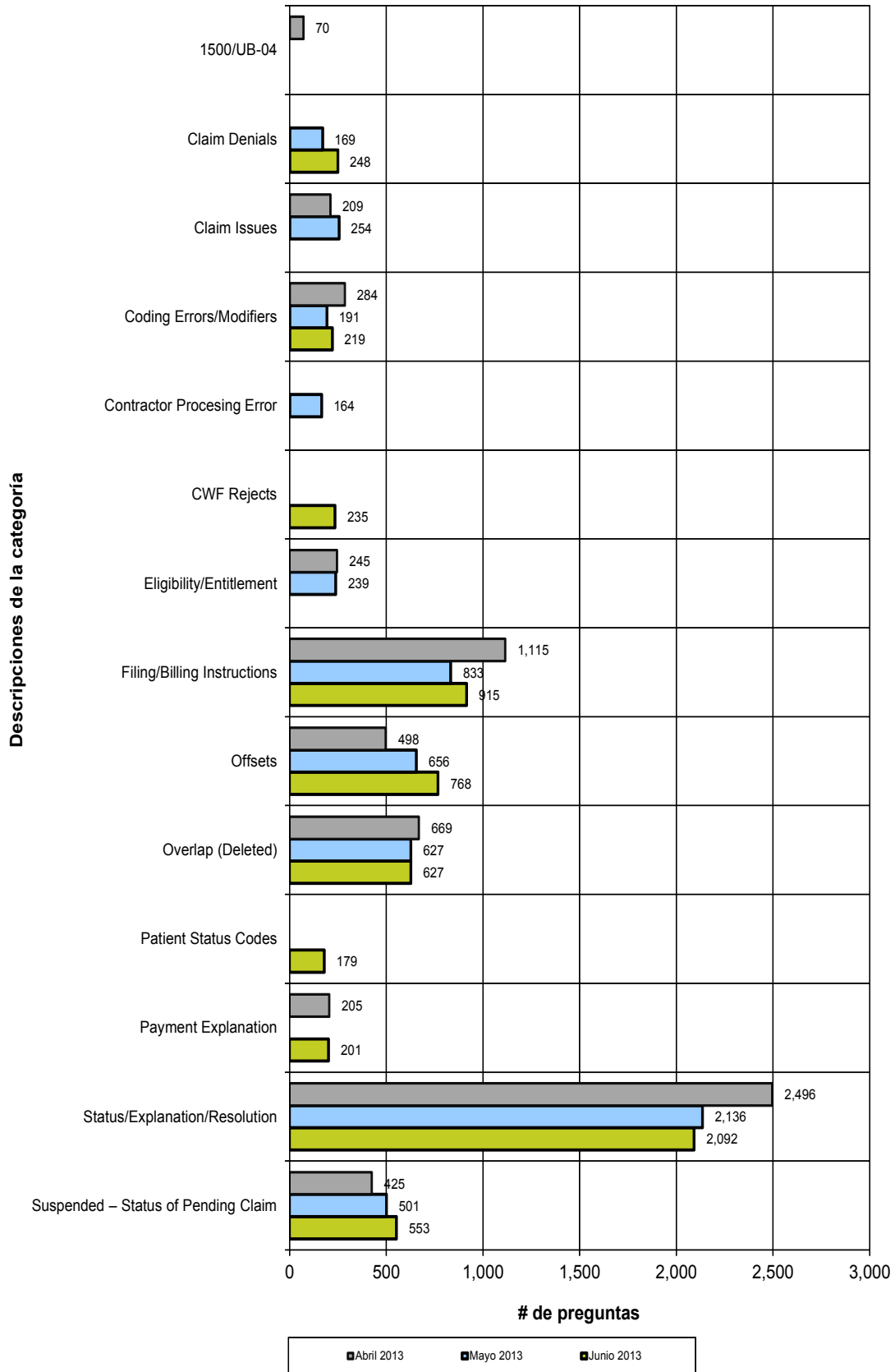
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

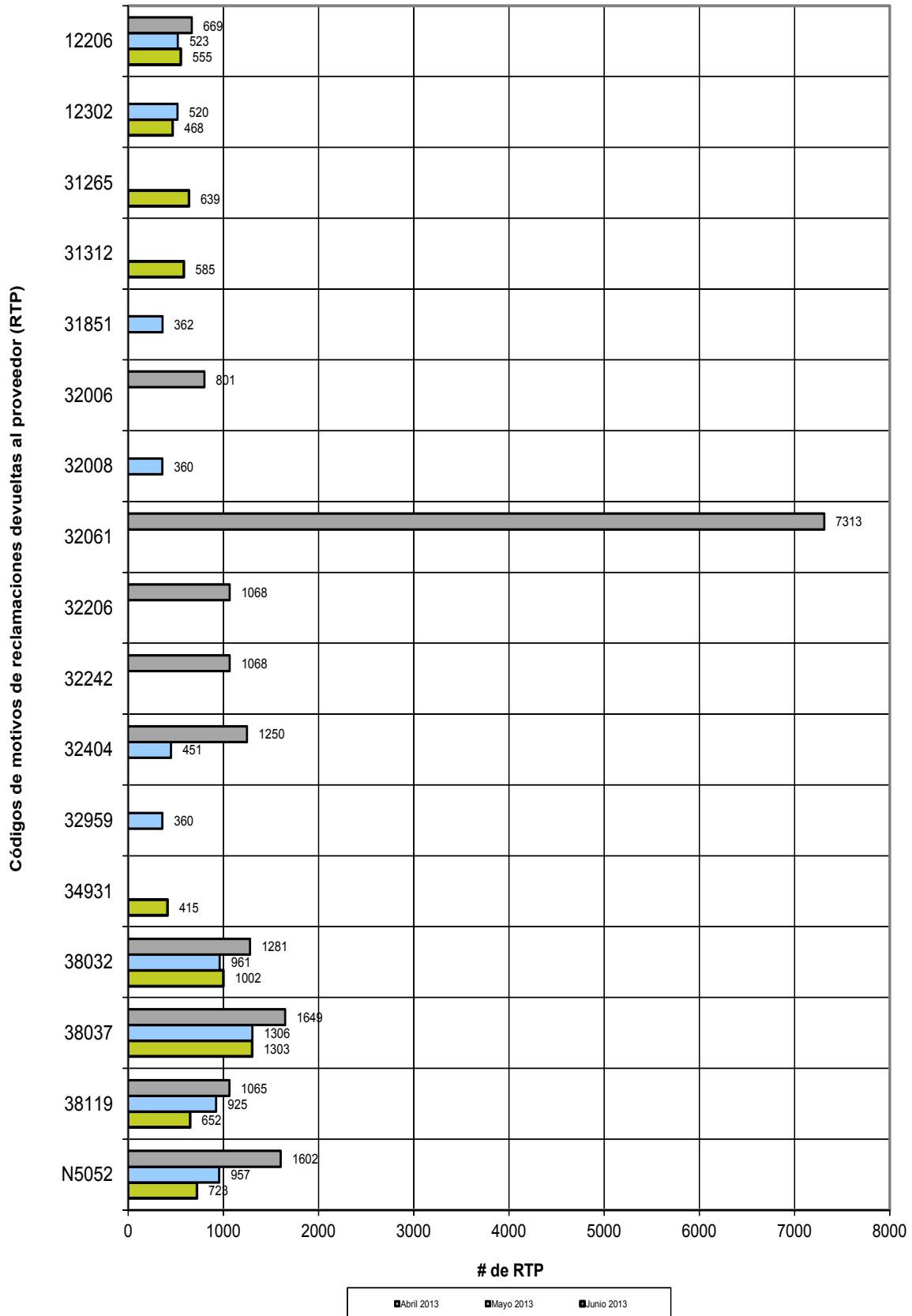
Rechazos más frecuentes de Parte A en abril-junio de 2013



Preguntas de Parte A más frecuentes en abril-junio de 2013



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en abril-junio 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

Bone mineral density studies (adición de diagnósticos) .....	23
Myocardial imaging positron emission tomography (PET scan) .....	23
Ocular photodynamic therapy (OPT) with vertorfin.....	23
Troponin.....	24
Bone mineral density studies (adición de agente terapéutico)...	24

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisiones a las LCD existentes

### Bone mineral density studies – revisión a la LCD Parte A (adición de diagnóstico)

**Identificador de LCD: L28766 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28767 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios de la densidad mineral ósea fue recientemente revisada el 2 de julio de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir el código de diagnóstico V58.65 (Long-term [current] use of steroids) bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 7 de agosto de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura 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](#).

### Myocardial imaging positron emission tomography (PET) scan – revisión a la LCD Parte A

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para imagen miocárdica, tomografía por emisión de positrones (PET) fue recientemente revisada el 4 de junio de 2013. Desde entonces, se realizó una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir los códigos de diagnóstico ICD-9-CM 413.0 (Angina decubitus) y 413.9 (Other unspecified angina pectoris).

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 26 de julio 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](#).

### Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin – revisión a la LCD Parte A

**Identificador de LCD: L28939 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28960 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para ocular photodynamic therapy (OPT) con verteporfin fue recientemente revisada el 18 de abril de 2012. Desde entonces, basada en la petición de cambio (CR) 8292 de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) transmisiones 155 y 2728, con fecha del 14 de junio de 2013, las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD fueron actualizadas para añadir verbosidad para permitir visitas de seguimiento subsecuentes con fluorescein angiogram (FA) (código CPT® 92235) o optical coherence tomography (OCT) (código CPT® 92133 o 92134) antes del tratamiento.

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 16 de julio de 2013**, para servicios provistos **a partir del 3 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 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](#).

## Troponin – revisión a la LCD Parte A

**Identificador de LCD: L29000 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29032 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para troponin fue recientemente revisada el 22 de febrero de 2012. Desde entonces, se realizó una revisión bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir los códigos de diagnósticos ICD-9-CM 428.21 (Acute systolic heart failure), 428.23 (Acute on chronic systolic heart failure), 428.41 (Acute combined systolic and diastolic heart failure) y 428.43 (Acute on chronic combined systolic and diastolic heart failure).

### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 24 de julio 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](#).

---

## Bone mineral density studies – revisión a la Parte A de la LCD (adición de agente terapéutico)

**Identificador de LCD: L28766 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28767 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue recientemente revisada el 1 de enero de 2012. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir risedronate sodium (Atelvia) bajo ‘Frequency Standards’ en la sección ‘Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity’ de la LCD y bajo la sección ‘Utilization Guidelines’ de la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 2 de julio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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



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

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

#### Ferrocarril Medicare

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

#### Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

## Números telefónicos

#### Servicio al cliente/IVR

**Proveedores:**  
888-664-4112

**Impedimento auditivo y del habla**  
877-660-1759

#### Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

**Impedimento auditivo y del habla**  
800-754-7820

#### Reporte del balance de crédito

**Recuperación de deudas**  
904-791-6281

#### Fax

904-361-0359

#### Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

#### Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

#### Educación y alcance al proveedor

**Línea para registro de seminarios**  
904-791-8103

**Fax para registro de seminarios**  
904-361-0407

#### Inscripción del proveedor

877-602-8816

## Sitios Web

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

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

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

#### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

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

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

## Evaluación y manejo

### Procedimientos pulmonares y servicios E/M

Número de *MLN Matters*: SE1315  
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

Han sido identificados pagos impropios para los servicios de evaluación y manejo (E/M) (99211-99213) facturados sin el modificador 25 en la misma fecha de servicio que los procedimientos de diagnóstico pulmonar, terapéutico o de monitoreo (94010-94799).

Esta edición especial del artículo de *MLN Matters*® provee la definición de los códigos de procedimiento 99211-99213 y la documentación de la historia clínica del paciente para soportar la reclamación de estos servicios. El artículo también describe el uso apropiado del modificador 25 y ofrece algunas consideraciones de facturación y estudio de casos.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es [http://www.cms.gov/](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1315.pdf)

[Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1315.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1315.pdf).

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1315

*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

### Codificación de lugar de servicio para servicios médicos en un ambiente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: SE1313  
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

El propósito de este artículo es abordar la presentación incorrecta del lugar de servicio como oficina (11) cuando los servicios fueron provistos en un ambiente de hospital ambulatorio (22), resultando en un reembolso incorrecto.

Medicare reembolsa a los médicos a una tasa más alta por procedimientos quirúrgicos realizados en sus oficinas. Sin embargo, cuando los médicos proveen estos servicios en ambiente de centros tales como un centro ambulatorio, Medicare reembolsa los gastos administrativos al centro y el médico recibe una tarifa de reembolso menor. Un pago impropio existe cuando los médicos facturan estos servicios con un lugar de

servicio basado en el ambiente en el cual los servicios fueron provistos.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1313.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1313

*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.*

## Guía para la facturación de cirugía y el uso apropiado del modificador 62

Número de *MLN Matters*: SE1322  
 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

Esta edición especial del artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> explica que cuando uno o más cirujanos de diferentes especialidades presentan reclamaciones separadas por la misma sesión operativa, por el mismo beneficiario, por la misma fecha de servicio, todos los proveedores deben usar el modificador del cirujano cuando facturan a Medicare.

Este artículo incluye las cantidades de las tarifas, ejemplos de casos, instrucciones de facturación para el modificador 66 y explica cuando no es requerido un modificador.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1322.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1322

*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.*

## Hospitalizaciones cuando la cirugía electiva ha sido cancelada

La oficina del inspector general (OIG) ha identificado pagos inapropiados para reclamaciones de hospitalizaciones cuando el beneficiario fue admitido para una cirugía electiva (por ejemplo, extracción de cataratas) pero la cirugía fue cancelada. Sin embargo, los síntomas del paciente deben ser suficientemente graves para garantizar una hospitalización. Los pacientes cuya cirugía electiva ha sido cancelada, y quienes no presentan ningún otro síntoma grave y no reciben servicios hospitalarios “intensivos”, no cumplirían con los requerimientos para una hospitalización.

El capítulo 6, sección 6.5.2, del *Medicare Program Integrity Manual* establece que la revisión del registro médico debe indicar que el cuidado de hospitalización era médicamente necesario, razonable, y apropiado para el diagnóstico y condición del beneficiario en cualquier momento durante la estadía. El beneficiario debe demostrar señales y/o síntomas suficientemente graves para garantizar la necesidad para el cuidado médico y debe recibir servicios de tal intensidad que se puedan suministrar de forma segura y efectiva sólo como paciente hospitalizado.

El cuidado de hospitalización, más que el cuidado ambulatorio, es requerido sólo si la condición médica del beneficiario, seguridad, o salud podría verse amenazada significativa y directamente si el cuidado fuera provisto en un entorno menos intensivo. Sin afecciones médicas adicionales, los factores que sólo causan inconvenientes al beneficiario en términos del tiempo y dinero necesario para cuidar al beneficiario en el hogar o para los viajes a la oficina de un médico, o que pueda causarle preocupación al beneficiario, no justifican una estadía continua en el hospital.

### Información adicional

El capítulo 6, sección 6.5.2, del *Medicare Program Integrity Manual* está disponible en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/pim83c06.pdf#page=36>

La edición especial de SE1037 (Guidance on Hospital Inpatient Admission Decisions) está disponible en <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1037.pdf>

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

## Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas

Efectivo el 1 de julio de 2013, el nuevo sistema de ediciones de reclamación puede resultar en la denegación adicional de reclamaciones duplicadas para su práctica. Por favor, comparta esta información con sus empresas de facturación, proveedores y casas de facturación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han dado instrucciones a los contratistas de Medicare para mejorar el sistema de las ediciones de reclamaciones para incluir *los detalles de la misma reclamación* en su revisión de la historia de los procedimientos y/o servicios duplicados. La edición buscará dentro de lo pagado, finalizado, pendiente y los *detalles idénticos de la reclamación* en la historia. Esto significa que a menos de que los modificadores aplicables estén incluidos en su reclamación, las ediciones detectarán los servicios duplicados y repetidos *dentro de la misma reclamación* y/o con base en una reclamación presentada con anterioridad.

Para minimizar un posible aumento de la denegación de reclamaciones duplicadas, por favor revise el software y los procedimientos de facturación para asegurarse de que está facturando correctamente. Algunos servicios en una reclamación pueden parecer duplicados cuando, en realidad, no lo son. Por favor, asegúrese de usar de forma adecuada los códigos de condición y/o los modificadores para identificar los procedimientos y servicios que no son duplicados. Una lista completa de los códigos de condición y modificadores se pueden encontrar en el libro de códigos del *Current Procedural Terminology (CPT®)*. Los siguientes son algunos ejemplos de modificadores

que pueden utilizarse, según sea aplicable, para identificar los procedimientos y servicios repetidos o distintos en una reclamación:

- Modificador 76 puede ser utilizado para indicar un procedimiento o servicio repetido por el mismo proveedor, después del procedimiento o servicio original.
- Modificador 91 puede ser utilizado para indicar las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico repetidas. Este modificador se añade sólo cuando los resultados de pruebas adicionales son médicamente necesarios en el mismo día.
- Modificador 59 puede ser utilizado, según sea aplicable, para identificar los procedimientos o servicios que normalmente se reportan juntos pero son apropiados a facturar por separado en determinadas circunstancias. El modificador 59 indica un procedimiento o servicio por el mismo proveedor, distinto o independiente de otros servicios, realizado en el mismo día.

**Nota:** Los procedimientos, servicios y modificadores presentados en su reclamación deben estar respaldados por documentación de la historia clínica del paciente.

Fuente: CMS MLN Matters® MM8121, *CMS Internet-only manual (IOM), Publication 100-04, chapter 1, Section 120-Detection of duplicate claims* y el *American Medical Association's (AMA) 2013 Current Procedural Terminology (CPT®) codebook*.

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

## Hospicio

### Servicios relacionados con hospicio

Número de *MLN Matters*: SE1321  
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

Esta edición especial del artículo de *MLN Matters*® describe la responsabilidad del proveedor en la identificación, educación y documentación de archivos si el beneficiario ha sido inscrito en un hospicio. El proveedor deberá contactar al proveedor de hospicio para organizar cualquier tipo de atención que el beneficiario necesite.

Si el proveedor de cuidados de hospicio no organiza los servicios que el beneficiario necesita, el beneficiario podrá ser financieramente responsable de los servicios. El beneficiario y su familia también deben ser conscientes de que el beneficiario o su representante legal pueden revocar la elección de los cuidados paliativos en cualquier momento por escrito.

Este artículo también utiliza ejemplos de estudios de reclamación para ilustrar el uso adecuado de los modificadores de GV y GW.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1321.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1321

*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 dirigen 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**

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

Número de *MLN Matters*: MM8056 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 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: R1250OTN  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

**Resumen**

Bajo la demostración de autoridad, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) están 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 hacer 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/R1250OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1250, 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.*

**Nuevas pruebas con dispensa**

Número de *MLN Matters*: MM8301  
 Número de petición de cambio relacionado: 8301  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de julio de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2745CP  
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013



**Resumen**

La petición de cambio 8301 informa a los contratistas de las últimas nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement

Amendments de 1988, las cuales requieren el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren un modificador QW para ser reconocidas como una prueba con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962,

83026, 84830, 85013 y 85651. Ya que estas pruebas son comercializadas inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de estas nuevas pruebas de tal manera que los contratistas puedan procesar las reclamaciones de forma precisa.

Si usted no tiene un certificado CLIA válido, actualizado y presenta un reclamación a su contratista de Medicare por un código que es considerado a ser una prueba de laboratorio que requiere un certificado CLIA, su pago de Medicare puede ser impactado.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8301.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8301, 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/R2745CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2745, CR 8301

*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.*

## Formulario de reclamación en papel revisado CMS 1500: Versión 02/12

El comité nacional de reclamaciones uniformes (National Uniform Claim Committee, NUCC), una organización de la industria en la cual los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) participa, mantiene el formulario de reclamación CMS 1500 y lo revisa periódicamente de acuerdo a las necesidades de la industria. El NUCC recientemente revisó este formulario (versión 02/12). El NUCC cambió el formulario para acomodar e implementar adecuadamente los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM, aunque el formulario también incluye otros cambios. Más información está disponible en el [sitio Web de NUCC](#).

El 10 de junio de 2013, la oficina de gerencia y presupuesto (OMB) de la Casa Blanca aprobó el formulario revisado de reclamación CMS 1500, versión 02/12, número de control de OMB, 0938-1197. El formulario de reclamación CMS 1500 es el formato requerido para presentar las reclamaciones a Medicare en papel.

### Características del formulario revisado

El formulario revisado, entre otros cambios, añade en particular las siguientes funcionalidades:

- Indicadores para diferenciar entre los códigos de diagnóstico ICD-9-CM y ICD-10-CM.
- Expansión del número de posibles códigos de diagnósticos a 12.
- Calificadores para identificar los siguientes roles del proveedor (en el ítem 17):
  - Ordenando
  - Refiriendo
  - Supervisando

### Instrucciones para completar el formulario revisado

CMS está actualizando el capítulo 26 del *Medicare Claims Processing Internet Only Manual* (IOM, Pub. 100-04) para instruir a los contratistas y proveedores sobre cómo completar el formulario revisado. CMS publicará esta información en el [sitio Web de CMS](#) cuando esté disponible.

### Línea de tiempo tentativa para implementar el formulario revisado para reclamaciones de Medicare

Medicare anticipa implementar el formulario revisado de reclamación CMS 1500 (versión 02/12) como sigue:

- 6 de enero de 2014: Medicare comienza a recibir y procesar reclamaciones en papel presentadas en el formulario revisado CMS 1500 (versión 02/12).
- Desde el 6 de enero hasta el 31 de marzo de 2014: periodo de doble uso durante el cual Medicare continua recibiendo y procesando reclamaciones en papel presentadas en el viejo formulario de reclamación CMS 1500 (versión 08/05).
- 1 de abril de 2014: Medicare recibe y procesa reclamaciones en papel presentadas sólo en el formulario revisado de reclamación CMS 1500 (versión 02/12).

Estas fechas son tentativas y sujetas a cambios. CMS proveerá más información en cuanto esté disponible.

**Nota:** El Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) requiere que las reclamaciones de Medicare sean enviadas electrónicamente a menos que se cumplan ciertas excepciones. Algunos proveedores de Medicare cualifican para estas excepciones y envían sus reclamaciones a Medicare en papel. Para más información sobre excepciones de ASCA, por favor contacte al contratista de Medicare que procesa sus reclamaciones. Las reclamaciones enviadas electrónicamente deben cumplir con los estándares adoptados bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). El estándar actual adoptado bajo HIPAA para presentar electrónicamente las reclamaciones del cuidado de la salud profesional es la versión 5010 del ASC X12 837 estándar de la reclamación del cuidado de la salud profesional y su especificación de implementación, Technical Report 3 (reporte técnico 3, TR3). Más información sobre ASC X12 y TR3 está disponible en el [sitio Web de ASC X12](#).

*La información contenida en este artículo fue publicada anteriormente en una edición semanal de "CMS MLN Connects™ Provider e-News."*

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

**NCCI**

**CMS publicó la actualización de octubre de 2013 de las ediciones de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 19.3**

Número de *MLN Matters*: MM8376  
 Número de petición de cambio relacionado: 8376  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de junio de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2733CP  
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente el último paquete de las ediciones de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 19.3, que entrará en vigor el 1 de octubre de 2013. La versión 19.3 incluirá todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

CMS ya no publica la edición del archivo mutuamente exclusivo, ya que todas las ediciones activas y eliminadas aparecerán en el archivo único de edición “Column One/Column Two Correct Coding” en cada sitio Web. La edición contenida previamente en la edición del archivo mutuamente exclusivo **no** está siendo eliminada pero está siendo movida al archivo de la edición “Column One/Column Two Correct Coding”.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8376.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8376, 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/R2733CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2733, CR 8376

*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.*

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

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

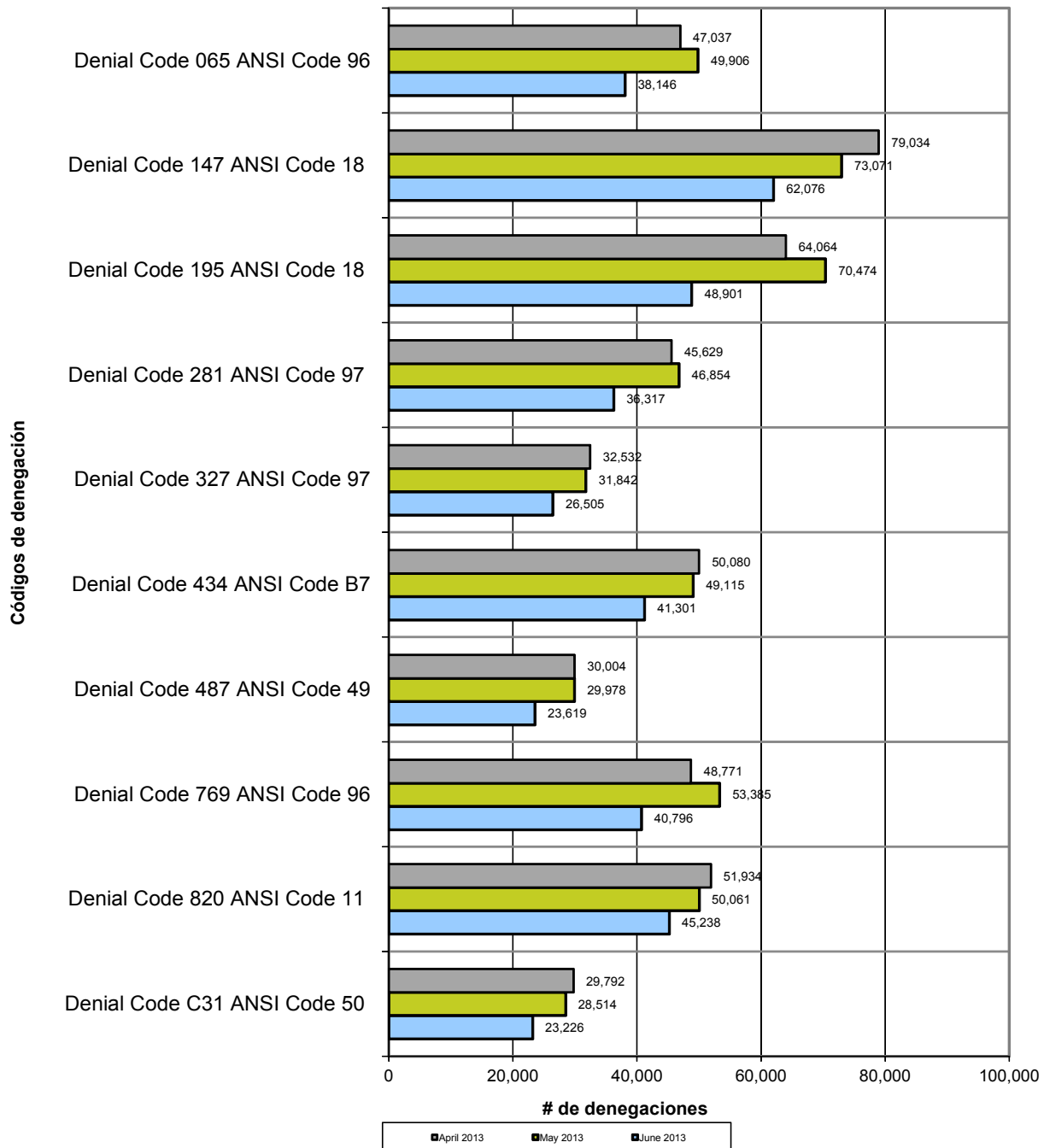


## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en abril - junio 2013

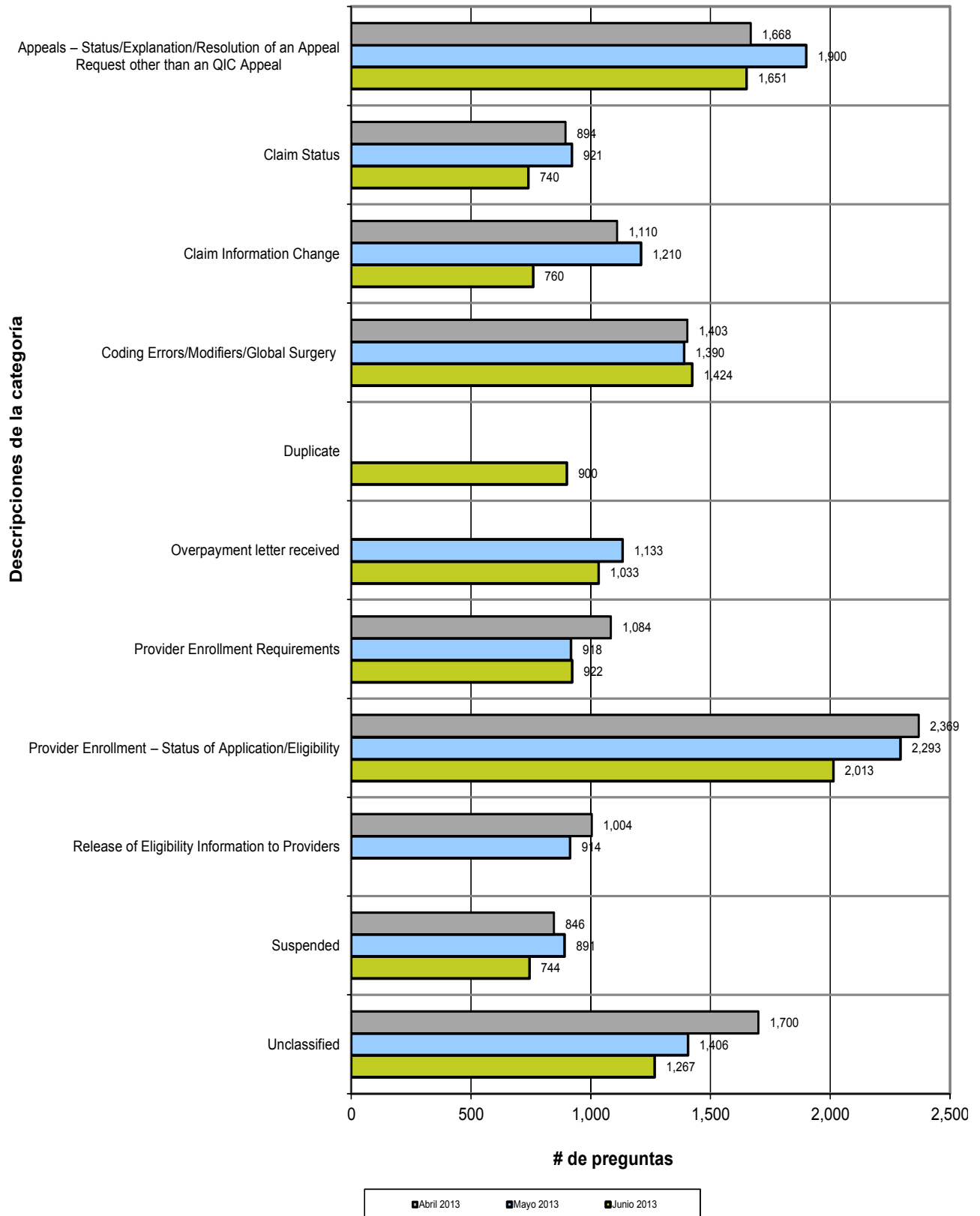
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

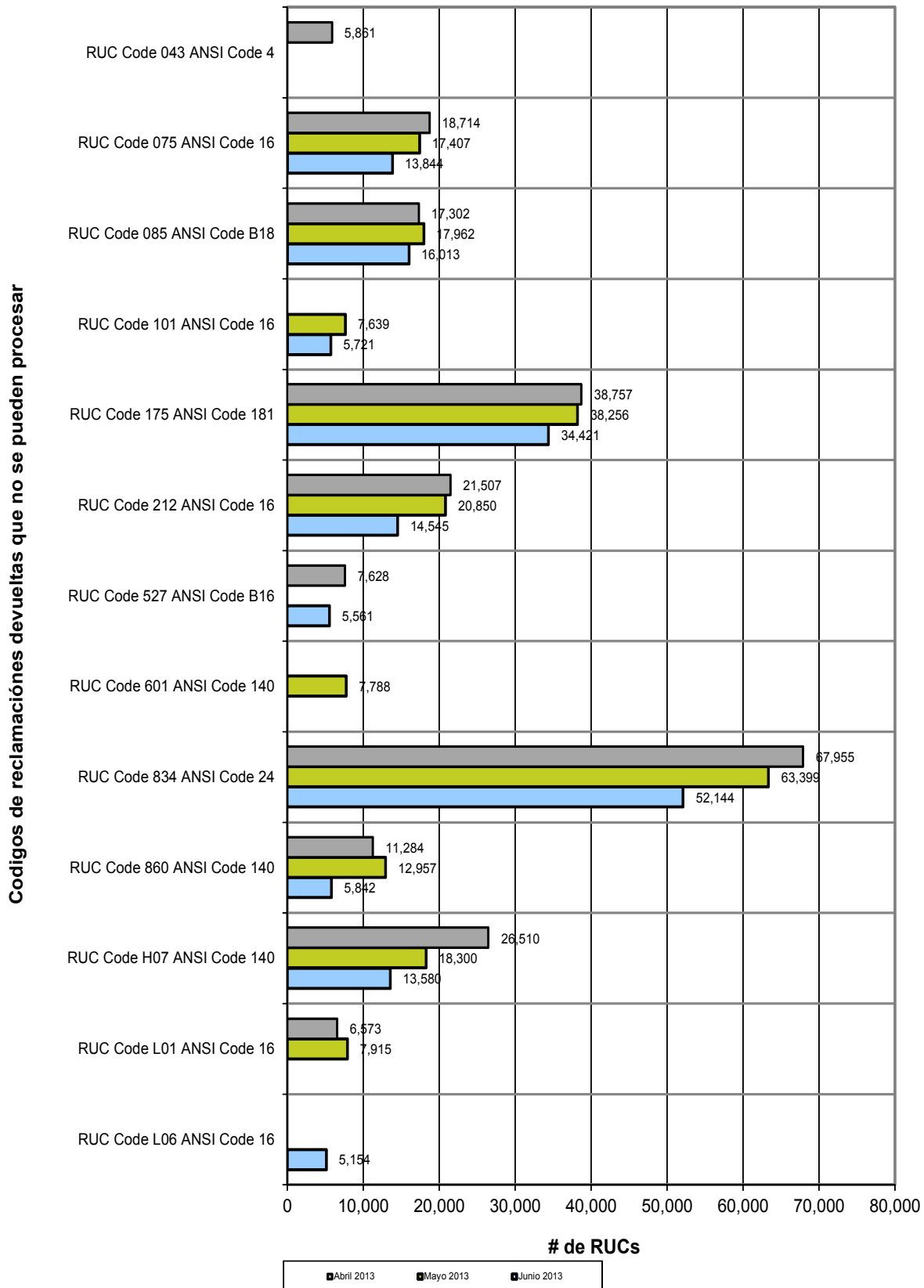
### Denegaciones de Parte B más frecuentes en abril-junio de 2013



Preguntas de Parte B más frecuentes en abril-junio de 2013



RUC de Parte B más frecuentes en abril-junio 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

Bone mineral density studies (adición de agente terapéutico)...	37
Bone mineral density studies (adición de diagnóstico).....	37
Myocardial imaging positron emission tomography (PET) scan.....	37
Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin.....	38

### Notificación anticipada al beneficiario

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

## Revisiones a las LCD existentes

### Bone mineral density studies – revisión a la Parte B de la LCD (adición de agente terapéutico)

**Identificador de LCD: L29086 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29101 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue recientemente revisada el 1 de enero de 2012. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir risedronate sodium (Atelvia) bajo 'Frequency Standards' en la sección 'Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity' de la LCD y bajo la sección 'Utilization Guidelines' de la LCD.

#### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 2 de julio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

---

### Bone mineral density studies – revisión a la LCD Parte B (adición de diagnóstico)

**Identificador de LCD: L29086 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29101 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios de la densidad mineral ósea fue recientemente revisada el 2 de julio de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para añadir el código de diagnóstico V58.65 (Long-term [current] use of steroids) bajo la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD.

#### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 22 de julio de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura 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](#).

---

### Myocardial imaging positron emission tomography (PET) scan – revisión a la LCD Parte B

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para imagen miocárdica, tomografía por emisión de positrones (PET) fue recientemente revisada el 4 de junio de 2013. Desde entonces, se realizó una revisión bajo la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para añadir los códigos de diagnóstico ICD-9-CM 413.0 (Angina decubitus) y 413.9 (Other unspecified angina pectoris).

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 15 de julio 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](#).

---

## Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin – revisión a la Parte B de la LCD

**Identificador de LCD: L29239 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29372 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para terapia fotodinámica ocular (ocular photodynamic therapy, OPT) con verteporfin fue recientemente revisada el 23 de abril de 2012. Desde entonces, basada en la petición de cambio (CR) 8292 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), transmisiones 155 y 2728, con fecha del 14 de junio de 2013, las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD fueron actualizadas para añadir verbosidad para permitir visitas de seguimiento subsecuentes con fluorescein angiogram (FA) (código CPT® 92235) o tomografía de coherencia óptica (optical coherence tomography, OCT) (código CPT® 92133 o 92134) antes del tratamiento.

### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 16 de julio de 2013**, para servicios provistos **a partir del 3 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 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](#).

**Formulario de Parte B**

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

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

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

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

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Redeterminaciones

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

### Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Otras direcciones importantes

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

#### Suministros de llevar a casa

#### Medicamentos orales anticáncer

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

### INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

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

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

### RAILROAD MEDICARE

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

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

### Inscripción de proveedores

#### Cambios de dirección postal

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

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

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

### Lista de vacunados contra la influenza

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

### Determinaciones locales de cobertura

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

### Cobro de deudas

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

### Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

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

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

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

1-800-754-7820

### INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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



## Direcciones postales

### Presentación de reclamaciones

**Reclamaciones de rutina por escrito**  
Medicare Parte B  
P. O. Box 2525  
Jacksonville, FL 32231-0019

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

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

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

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

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

## Comunicaciones

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

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

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

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

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

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

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

## Reclamaciones electrónicas (EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

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

## Desarrollo adicional

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

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

## Misceláneo

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

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

## Educación al proveedor Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/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

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

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

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

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

Jacksonville, FL 32232-5087

## Números telefónicos

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

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

**Correo electrónico:** [AskFloridaB@fcso.com](mailto:AskFloridaB@fcso.com)

**FAX:** 1-904-361-0696

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

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

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

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

**Opción 1 - soporte a la transacción**

**Opción 2 - soporte PC-ACE**

**Opción 4 - soporte de inscripción**

**Opción 5 - prueba 5010**

**Opción 6 - línea de respuesta automática**

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

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

## Sitios Web de Medicare Proveedores

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

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

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

**Direcciones postales**

**Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general**

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

**Listas de influenza**

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

**Intercambio electrónico de datos (EDI)**

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

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

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

**Inscripción del proveedor**

**Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor**

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

**Cambio de dirección del proveedor:**

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

y

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

**Redeterminaciones**

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

**Redeterminaciones de sobrepago**

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

**Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)**

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

**Investigaciones del congreso**

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

**Educación al proveedor**

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

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

**Registro para eventos educativos:**

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

**Reclamaciones de Medicare para**

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

**Fraude y abuso**

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

**Determinaciones de cobertura local**

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

**Revisión médica postpago**

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

**Servicios de correo expreso y/o correo especial**

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

**Sitios Web de Medicare**

**Proveedores**

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

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

**Beneficiarios**

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

**Números telefónicos**

**Servicio al cliente proveedores**  
1-866-454-9007

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

**Correo electrónico:**  
[AskFloridaB@fcso.com](mailto:AskFloridaB@fcso.com)

**FAX:** 1-904-361-0696

**Servicio al cliente Beneficiarios**

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

**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 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**