

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Septiembre 2013



## Mejoramiento de la facturación con el acceso al sistema remoto (DDE)

Los hospitales Pavía Santurce y Pavía Hato Rey de San Juan, Puerto Rico, se han caracterizado por ser centros que están a la vanguardia de los cambios. Ya son 23 años de experiencia en el sector de la salud en los cuales las normas y regulaciones desempeñan un rol importante en el ejercicio profesional de estas instituciones.

Uno de los cambios que generó un gran beneficio para el departamento de facturación de estos hospitales, fue la implementación del acceso al sistema remoto (DDE). Este programa de software para los proveedores de Medicare de Parte A tiene varias funciones; entre ellas, el ingreso de reclamaciones, la corrección, consulta y el ajuste de las mismas.

Morris Arvelo es el coordinador de facturación de ambos centros. Para Morris, este programa de software le ha permitido mejorar la entrega de reclamaciones libres de error en un 100 por ciento. Durante el proceso él y su equipo pueden monitorear el paso a paso de la reclamación. El uso de los medios electrónicos para el envío y seguimiento de la facturación se convirtió en una herramienta clave: “nosotros vamos al sistema el día que se paga y podemos consultar si el grupo de reclamaciones está pendiente o si el estatus las muestra como procesadas” asegura Morris.

### En esta edición

Nuevo código de denegación .....	3
Provisiones para la vacuna de influenza .....	8
Implementación de la norma Fase III .....	11
El programa de pagos abiertos .....	15
Nuevos materiales disponibles .....	18
Ahorre tiempo y dinero .....	23
Nuevas pruebas con dispensa .....	32
Reducción de pago del programa de ASCQR.....	34

Arvelo consulta el sistema con frecuencia para mantenerse informado e informar a su equipo de trabajo sobre cualquier modificación. La proactividad y la iniciativa son indispensables: “no esperamos a que venga ninguna factura denegada en la remesa de pago impresa. Lo

**“ El acceso al sistema remoto (DDE) es una herramienta indispensable que es utilizada diariamente para la verificación de todos los casos de facturación. ”**

– Morris Arvelo,  
Coordinador de facturación



Morris Arvelo, coordinador de facturación y Agnes Figueroa, oficial de cobros trabajan para mejorar el flujo de efectivo. En el sistema de acceso remoto (DDE) han encontrado la posibilidad de ser más eficaces y precisos en su trabajo.

(Continúa en la página 23)



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



Quando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

Nuevo código de denegación de ajuste de reclamación.....	3
Facturar códigos complementarios .....	4
La presentación de diapositivas de video 'Transitioning to ICD-10' .....	4
Presentación de las LCD de ICD-10 en la base de datos de cobertura.....	5
Reasignación a hospitales de cuidado crítico .....	6
Requerimientos adicionales de reporte relacionados al derecho de propiedad médica .....	6
Actualización de octubre de la base de datos de 2013 de tarifas fijas.....	7
Provisiones de pago para la vacuna de influenza - actualización anual .....	8
Archivo trimestral de precios de los medicamentos de Parte B de Medicare ASP .....	9
Más instrucciones para utilizar códigos de comentarios de remesas de pago .....	9
El ingresar correctamente el número de prueba clínica .....	10
Reglas de operación estándar para el uso de códigos en las remesas de pago .....	10
Implementación de la norma Fase III CORE 360 CARC y RARC.....	11
Cambios al uso de una notificación anticipada al beneficiario de no cobertura .....	12
Actualización a códigos CARC y RARC para ser utilizados con MREP y PC Print .....	12
Éxito de la más reciente herramienta en línea de First Coast 'el SPOT'.....	13
Presentar datos de calidad para los programas de incentivo de EHR.....	14
El programa de pagos abiertos ofrece una mayor transparencia .....	15
MLN Connects™ Provider e-News de CMS .....	15
<b>Próximos eventos educacionales</b> .....	16

## Parte A

Instrucciones temporeras para reclamaciones de pacientes hospitalizados .....	17
Los PEPPER de SNF en el correo .....	17
Actualización del centro de rehabilitación hospitalario .....	18
Nuevos materiales disponibles para la norma propuesta del sistema de PPS .....	18
Actualización - sistema de pago prospectivo de centros psiquiátricos hospitalarios .....	19
CMS emite actualizaciones de 2014 de PPS para hospitales.....	19
CMS emite la actualización de OPPS de hospital de octubre 2013.....	20
CMS propone PPS para el centro de salud calificado por el gobierno federal .....	21
Códigos de diagnósticos requeridos para instituciones religiosas no médicas.....	22
Ahorre tiempo y dinero - resuelva el código de denegación 34538 .....	23

## Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	24
Rechazos más frecuentes.....	25
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor .....	26

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A.....	27
<b>Contactos Parte A de Puerto Rico</b> .....	30
<b>Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos</b> .....	31

## Parte B

Servicios de E/M facturados como visitas de seguimiento.....	32
Nuevas pruebas con dispensa .....	32
Responsabilidad de pago por cambios en denegaciones del límite de terapia .....	33
Implementación - reducción de pago del programa de ASCQR.....	34
Actualización del sistema de pago de ASC de octubre de 2013.....	34
Reclamaciones de oftalmología denegadas por error se volverán a procesar .....	35
Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas.....	35

## Gráficos

Denegaciones más frecuentes.....	36
Preguntas más frecuentes.....	37
Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables.....	38

## Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B .....	39
<b>Ordenar materiales de Parte B</b> .....	43
<b>Contactos Parte B de Puerto Rico</b> .....	44
<b>Contactos Parte B de Florida</b> .....	45
<b>Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos</b> .....	46

## Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 9  
Septiembre 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.*

## Facturación

### Nuevo código de denegación de ajuste de reclamación cuando la reducción del pago se debe al secuestro

Número de *MLN Matters*: MM8378 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 8378  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de julio de 2013  
Fecha de efectividad: 3 de junio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2739CP  
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) agregaron recientemente el código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) 253 para todos los pagos de Medicare reducidos debido al secuestro del presupuesto federal, o a los recortes presupuestarios establecidos.

Es un llamado de secuestro para todas las reclamaciones del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare, con fechas de servicio o fechas de alta médica a partir del 1 de abril de 2013, que incurren en una reducción del dos por ciento en el pago. CMS previamente asignó el CARC 223 para explicar los ajustes en los pagos.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8378.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8378, 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/R2739CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2739, CR 8378

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



### Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



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

Número de *MLN Matters*: SE1320 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

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 pago sólo si se reporta con el procedimiento primario apropiado realizado por el mismo profesional de la salud en la misma fecha de servicio.

CMS *recientemente instruyó a los contratistas de Medicare* para generar una respuesta de información no solicitada (IUR) o rechazarán las reclamaciones por un código CPT® complementario en una reclamación de pacientes ambulatorios cuando no existe un código de procedimiento primario CPT® asociado con el código complementario o cuando Medicare no cubre el procedimiento primario asociado con el código complementario.

### 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

## La presentación de diapositivas de video ‘Transitioning to ICD-10’ está ahora disponible

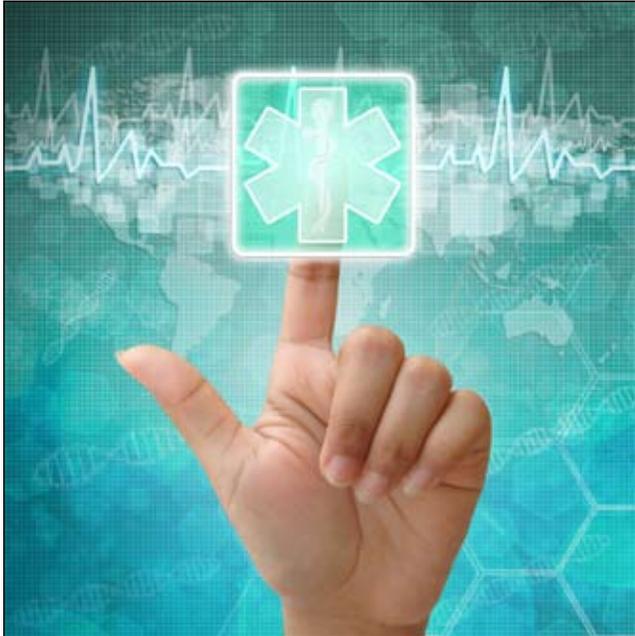
El 20 de junio, las oficinas regionales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) organizaron seminarios sobre “Transitioning to ICD-10” (“haciendo la transición a ICD-10”). Estos webinars están ahora disponibles como una presentación de diapositivas de video en el canal de CMS en YouTube y cubren el historial e impacto de ICD-10 en la industria, la implementación de CMS ICD-10, cómo CMS está trabajando con los estados, cómo CMS está asociándose con la industria, mejores prácticas, preguntas frecuentes, recursos, e información de contacto. El cambio a ICD-10 es requerido para todos los que estén cubiertos por el Health Insurance Portability Accountability Act y se llevará a cabo el 1 de octubre de 2014.

El *Eastern event* (evento del este) fue específicamente para los profesionales del cuidado de la salud, codificadores y organizaciones que operan dentro de las regiones de CMS I, II, III y IV las cuales incluyen los siguientes estados: AL, CT, DC, DE, FL, GA, KY, LA, MA, MD, ME, MS, NC, NH, NJ, NY, PA, RI, SC, TN, VA, VT, y WV.

*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.*

## Presentación de las LCD de ICD-10 en la base datos de cobertura de Medicare



Número de *MLN Matters*: MM8348

Número de petición de cambio relacionado: 8348

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de septiembre de 2013

Fecha de efectividad: 7 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1293OTN

Fecha de implementación: 10 de abril de 2014

### Resumen

La petición de cambio 8348 fue emitida para asegurar que todas las determinaciones de cobertura local (LCD) de la International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) y los artículos se publiquen en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) de una manera oportuna para permitir que los proveedores tengan tiempo suficiente para hacer cambios en el sistema de facturación.

Todas las LCD de ICD-10 y los artículos asociados serán publicados en la MCD no más tarde del 10 de abril de 2014. El resto de las LCD y los artículos se publicarán en la MCD no más tarde del 4 de septiembre de 2014.

Aunque los nuevos números de LCD serán asignados a las políticas de LCD ICD-10, las políticas no tendrán en

cuenta nuevas políticas. Si el único cambio en una LCD es la revisión de la ICD-9 para el código apropiado de la ICD-10, la política no se enviará a través de comentarios públicos y el proceso de notificación.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8348.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8348, 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/R1293OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1293, CR 8348

*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.*

### Nunca se pierda una fecha límite de apelaciones nuevamente

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

## Inscripción del Proveedor

### Reasignación a hospitales de cuidado crítico, centros de salud calificados por el Gobierno Federal, y clínicas de salud rural de Parte A

Número de *MLN Matters*: MM8387  
 Número de petición de cambio relacionado: 8387  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R483PI  
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

Los médicos y profesionales de la salud pueden reasignar beneficios directamente a hospitales de cuidado crítico (CAH), centros de salud calificados por el Gobierno Federal (FQHC), o clínicas de salud rural (RHC) de Parte A mediante su formulario de inscripción CMS-855A. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ya no requieren que estos centros, CAH, FQHC, y RHC, presenten un formulario CMS-855B por separado para recibir los beneficios reasignados.

En esta instrucción a los contratistas de Medicare, CMS clarifica que las entidades de Parte A pueden obtener reasignaciones a través de la Parte B, excepto por los CAH, FQHC y RHC. Estas tres entidades de Parte A pueden sólo obtener las reasignaciones a través del proceso de inscripción de CMS 855A Medicare Parte A.

De acuerdo con CMS, CAH, FQHC, y RHC de Parte A, sólo pueden recibir beneficios reasignados si el centro cumple con los requerimientos para una excepción de reasignación y que el proveedor individual cumpla con todos los requerimientos de inscripción 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/MM8387.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8387, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R445PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 445, CR 8387

*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.*

### Requerimientos adicionales de reporte relacionados al derecho de propiedad médica e inversión en hospitales



Número de *MLN Matters*: SE1332  
 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

Bajo la ley de autoreferencia médica, un médico no puede referir a un paciente de Medicare para ciertos servicios a una entidad a la cual el médico (o sus miembros de familia inmediata) tiene una relación financiera, a menos de que aplique una excepción. Dos excepciones lo son las excepciones de todo el hospital y la de proveedor rural.

Este artículo de edición especial trata los requerimientos adicionales de reporte en hospitales propiedad de médico

buscando beneficiarse de la excepción, de todo el hospital o la de proveedor rural, a la ley de autoreferencia

*(Continúa en la página siguiente)*

## Requerimientos... (continuación)

médica. Los hospitales que sean propiedad de un médico y reporten información de derecho de propiedad e inversión utilizando el CMS-855A han cumplido con el requerimiento de reporte.

**Nota:** Este requerimiento de reporte no es obligatorio para la inscripción a Medicare y no asegura inscripción a Medicare.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1332.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1332

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

## Tarifa fija

# Actualización de octubre de la base de datos de 2013 del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8386 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8386

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de septiembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2784CP

Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

## Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8386, la cual instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar la nueva base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB).

Otros cambios incluyen lo siguiente:

- Adición del código de procedimiento G9187
- Fecha efectiva revisada para el código de procedimiento G0460

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado como el aviso de 30 días de un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud programado para el 1 de octubre de 2013.

Debido a que los archivos revisados no han sido publicados, First Coast Service Options Inc. (First Coast) no conoce la magnitud de los cambios programados para ser implementados en el lanzamiento del 1 de julio. Sin embargo, First Coast proporcionará más detalles sobre el alcance de los cambios una vez que los archivos sean recibidos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Por favor, continúe monitoreando la sección de noticias de tarifas de la página Web [medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com), así como sus entregas semanales de eNews para nuevas actualizaciones relacionadas con los cambios de tarifa fija.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8386.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8386, 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/R2784CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2784, CR 8386

*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.*

## Provisiones de pago para la vacuna de influenza – actualización anual para la temporada 2013-2014

Número de *MLN Matters*: MM8433  
 Número de petición de cambio relacionado: 8433  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de septiembre de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2786CP  
 Fecha de implementación: No más tarde del 25 de octubre de 2013

vacunas de influenza que son aprobadas después de la fecha de publicación de esta CR en <http://cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Part-B-Drugs/McrPartBDrugAvgSalesPrice/VaccinesPricing.html>.

### Resumen

Las provisiones de pago para las vacunas de influenza son actualizadas anualmente. Efectivo para fechas de servicio a partir del 1 de agosto, excepto cuando el pago es basado en un costo razonable, las provisiones de pago para Medicare Parte B son las siguientes:



Código de procedimiento	Provisión
90655	\$17.243
90656	\$12.398
90657	\$6.022
90686	\$19.409
Q2035	\$11.543
Q2036	\$8.579
Q2037	\$14.963
Q2038	\$12.044

Pago para Q2033, Q2039, 90654, 90662, 90672 y 90673 puede ser hecho si el contratista local de procesamiento de reclamación determina que su uso es médicamente razonable y necesario para el beneficiario. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicarán los límites de pago para las

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8433.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8433, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R2786CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2786, CR 8433

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

### Calcule las posibilidades ...



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

## Archivo trimestral de precios de los medicamentos de Parte B de Medicare ASP de enero 2014 y revisiones a archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM8448  
Número de petición de cambio relacionado: 8448  
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de septiembre de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2780CP  
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron los archivos de precios de los medicamentos de precio de venta promedio (ASP) de enero de 2014. Estos archivos serán utilizados para:

- Determinar el límite de pago para reclamaciones por medicamentos de Medicare Parte B pagables por separado que sean procesadas o vueltas a procesar a partir del 1 de enero de 2014, con fechas de servicio del 1 de enero de 2014, hasta el 31 de marzo de 2014, y
- Actualizar los límites de pago de medicamentos para reclamaciones de medicamentos por infusión provistos a través de un artículo cubierto de equipo médico duradero que sean procesadas o vueltas a procesar a partir del 1 de enero de 2014, con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8448.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8448, 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/R2780CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2780, CR 8448

*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

### Más instrucciones para utilizar códigos de comentarios de remesas de pago sin aviso

Número de *MLN Matters*: MM8391  
Número de petición de cambio relacionado: 8391  
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1285OTN  
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013, excepto el 6 de enero de 2014 para los DME MAC

### Resumen

Implementado en abril de 2013, la [petición de cambio \(CR\) 7910](#) proporcionó instrucciones para detener el envío de los códigos de comentarios de remesas de pago (RARC) sin códigos de grupos asociados y/o códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC). Debido a preocupaciones del proveedor y a un aumento en las consultas, los códigos de

comentarios de remesas de pagos de sin aviso continuarán siendo enviados hasta que se desarrolle una solución a largo plazo.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8391.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8391, 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/R1285OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1285, CR 8391

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

## El ingresar correctamente el número de prueba clínica ayuda a evitar retrasos en reclamaciones de TAVR

El 1 de mayo de 2012, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) que describe cobertura para el reemplazo de válvula aórtica transcatóter (TAVR) bajo la cobertura con desarrollo de evidencia (CED). La [petición de cambio 8255](#) fue emitida requiriendo que las reclamaciones por TAVR contengan un número de ocho dígitos de un registro de prueba clínica aprobado para lo siguiente:

- Reclamaciones profesionales procesadas a partir del 1 de julio de 2013
- Reclamaciones de hospital para altas de hospitalizaciones a partir del 1 de julio de 2013

**Nota:** Las reclamaciones presentadas con un número inválido o sin el número de registro de prueba clínica serán devueltas como no procesables.

### Recordatorios

**Reclamaciones electrónicas:** Sólo se ingresa la porción numérica de ocho dígitos del número de registro de prueba clínica aprobado en el 837P electrónico Loop 2300 REF01 (REF01=P4).

**Reclamaciones impresas:** El número de registro de ocho dígitos es precedido por un prefijo “CT” en el campo 19 de las reclamaciones del formulario CMS-1500 en papel.

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

Fuente: CMS CR8255

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

Número de *MLN Matters*: MM8182 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8182

Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de agosto de 2013

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1291OTN

Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013, excepto el 6 de enero de 2014 para reclamaciones procesadas por los DME MAC

### Resumen

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

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

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

(Continúa en la página siguiente)

**Reglas... (continuación)**

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

**Información adicional**

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8182, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1291OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1291, CR 8182

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

---

---

## Implementación de la norma Fase III CORE 360 CARC y RARC

Número de *MLN Matters*: MM8365

Número de petición de cambio relacionado: 8365

Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1281OTN

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

**Resumen**

Los servicios humanos y de la salud (Health & Human Services, HHS) han adoptado el conjunto de normas de operación de EFT y ERA, el cual estandarizó la inscripción y el uso de las transferencias de fondos electrónicos (EFT) y remesa de pago electrónica (ERA). Estos cambios están proyectados para ahorrar entre \$2.7 billones y más de \$9 billones en costos administrativos en diez años reduciendo los procesos administrativos manuales ineficientes para prácticas médicas, hospitales, y planes de salud.

Esta petición de cambio (CR) 8365 se enfoca en las normas #3 y #4 bajo la norma de operación fase III del comité de normas de operación para intercambio de información (Committee on Operating Rules for Information Exchange, CORE) 360:

- 3) Phase III Core 360 Uniform Use of Claim Adjustment Reason Codes and Remittance Advice Remark Codes (835) Rule
- 4) CORE-required Code Combinations for CORE-defined Business Scenarios for the Phase III Core Uniform Use of Claim Adjustment Reason Codes and Remittance Advice Remark Codes (835) Rule;

Las normas de operación de ERA/EFT exigen el uso uniforme y consistente de los códigos de remesa de pago para evitar lo siguiente:

- Seguimiento innecesario al manual del proveedor
- Facturación secundaria electrónica defectuosa
- Cancelaciones de cargos facturables inapropiadas
- Facturación incorrecta a pacientes por copagos y deducibles
- Demora en publicación

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8365.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8365, 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/R1281OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1281, CR 8365

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

## Cambios al uso de una notificación anticipada al beneficiario de no cobertura

Número de *MLN Matters*: MM8404  
 Número de petición de cambio relacionado: 8404  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de septiembre de 2013  
 Fecha de efectividad: 9 de diciembre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2782CP  
 Fecha de implementación: 9 de diciembre de 2013

### Resumen

La sección 1879 del Social Security Act (the Act) protege a los beneficiarios del servicio de tarifa fija (FFS) de la responsabilidad de pago (en ciertas situaciones) a menos que se notifique con anticipación sobre su posible responsabilidad. La notificación anticipada al beneficiario (ABN) de no cobertura informa a los beneficiarios sobre tales posibles cargos no cubiertos y cumple con este requisito de notificación cuando se aplica la limitación de responsabilidad (LOL).

### Información general de los cambios a ABN

- El formulario CMS-R-131 reemplaza la notificación

anticipada al beneficiario de salud en el hogar (HHABN), formulario CMS-R-296

- El formulario CMS-R-131 se amplía para los servicios de terapia y ejemplos específicos de terapia
- Cambios editoriales menores hechos para clarificar las instrucciones existentes del manual relacionadas con la publicación ABN

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8404.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8404, 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/R2782CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2782, CR 8404

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

## Actualización a códigos CARC y RARC para ser utilizados con MREP y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM8422  
 Número de petición de cambio relacionado: 8422  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de agosto de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2776CP  
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8422 instruye a los contratistas de Medicare y mantenedores del sistema compartido (SSM) a realizar cambios en la programación para incorporar los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) nuevos, modificados y desactivados así como nuevos códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) que fueron agregados desde la última actualización de códigos provista por la CR 8281 (12 de abril de 2013). También instruye al sistema compartido de los intermediarios fiscales (FISS) y VIP del sistema de administración virtual (VMS) de Medicare a actualizar los programas de software PC Print y Medicare Remit Easy Print (MREP) respectivamente.

CR 8422 no provee una lista completa de códigos. Usted debe obtener la lista completa para ambos, CARC y RARC, del sitio Web Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/Reference>.

**Nota:** Si usted usa el software MREP, asegúrese de descargar el software actualizado cuando esté disponible.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8422.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8422, 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/R2776CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2776, CR 8422

*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.*

## Éxito de la más reciente herramienta en línea de First Coast ‘el SPOT’

Kay Allwardt maneja la facturación de 56 consultorios médicos que representan 120 diferentes proveedores de atención de la salud de Florida. Su equipo de 10 profesionales de facturación procesa un promedio de 1,500 reclamaciones del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare cada semana.

En agosto de 2012, su equipo se ofreció para ayudar a probar el nuevo portal electrónico para las reclamaciones de Medicare de First Coast Service Options Inc. (First Coast). La nueva herramienta

### Secure Provider

**Online Tool (el SPOT)** de First Coast ofrece a los proveedores el acceso en línea a los datos esenciales de Medicare, incluyendo los beneficios y la información de elegibilidad, el estado de las reclamaciones, el historial de pagos y los reportes comparativos de datos.

Las reclamaciones del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare no representan la mayoría de las reclamaciones procesadas por su equipo. Sin embargo, Allwardt dice que el SPOT ha ayudado a mejorar las operaciones de negocio de manera dramática, haciendo que su trabajo sea más eficiente, reduciendo el número de solicitudes denegadas y mejorando la rentabilidad de su negocio.

“**El SPOT** ha mejorado nuestras operaciones de manera tangible”, dijo. De todos los cambios positivos implementados por su equipo, Allwardt señala que el tener acceso a la información de elegibilidad de Medicare a través de **el SPOT** es el mayor dividendo. “Sabemos que si nosotros facturamos por esto, vamos a recibir el pago”, Allwardt dice con confianza.

“Con **el SPOT**, somos capaces de hacer determinaciones de elegibilidad en ese mismo

momento. El sistema está en vivo y en directo”, dice Allwardt. Ella ha visto una gran disminución en el número de denegaciones, específicamente en los códigos CO22 y CO24.

“Actualizamos nuestro proceso de hospicio. Antes de **el SPOT**, nos imaginábamos si el episodio involucraba o no cuidados de hospicio. **El SPOT** nos da fechas concretas de servicio y la identificación del proveedor de hospicio. Tenemos menos denegaciones, porque tenemos la información en tiempo real”, dijo Allwardt.

**El SPOT** también cuenta con la habilidad de ver el nivel de beneficios de un beneficiario hasta la fecha. Allwardt dice que esta conveniencia de contar con la información del deducible de los beneficiarios de Parte B, disponible de forma inmediata a través de **el SPOT**, ha mejorado en gran medida sus cuentas por cobrar.

**“El SPOT va a ser una parte vital de sus operaciones. Comience ahora. Le va a ahorrar mucho. El SPOT nos está ayudando a trabajar más inteligentemente.”**

– Kay Allwardt,  
Gerente de facturación



Kay Allwardt, gerente de facturación para 120 proveedores de atención de la salud de Florida, dice que el SPOT de First Coast está mejorando la eficiencia de las operaciones.

“Somos capaces de ver qué cheques están llegando y planificar nuestro trabajo.”

Para los proveedores y el personal de facturación de Medicare que todavía tienen que registrarse para acceder a **el SPOT**, Allwardt recomienda insistentemente que lo hagan tan pronto como sea posible. “**El SPOT** va a ser una parte vital de sus operaciones. Empiece ahora. Le va a ahorrar mucho. Ya está haciendo nuestra vida más fácil, más rápida y más eficiente. **El SPOT** nos está ayudando a trabajar más inteligentemente”, dice Allwardt.

Para obtener más información sobre **el SPOT** y la forma de tomar ventaja de este nuevo recurso del proveedor, lea nuestras [FAQ sobre el SPOT](#).

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

## Opciones de proveedores para presentar datos de calidad para los programas de incentivo de EHR

Comenzando en 2014, los proveedores del cuidado de la salud que sirven a los beneficiarios de Medicare deben reportar *medidas de calidad clínica (CQM)* a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) según descrito en la norma definitiva de la *etapa 2*.

De acuerdo con información recientemente publicada por CMS, se les requerirá a los proveedores cumplir con el nuevo nivel de reporte independientemente de dónde se encuentren en la implementación de los sistemas de registro de salud electrónico (EHR) en sus prácticas o centros.

Los profesionales elegibles deben reportar un total de seis CQM.

- Tres medidas fundamentales o fundamentales alternas (sólo reporte una medida fundamental alterna si uno de los denominadores fundamentales es cero)

Los hospitales elegibles deben reportar un total de 15 CQM

- Dos medidas que apunten a los procesos de rendimiento del departamento de emergencia
- Siete medidas que se encarguen del cuidado de pacientes con accidente cerebrovascular
- Seis medidas que se encarguen del cuidado de pacientes con tromboembolia venosa

Para más información sobre estos requerimientos, como el número de CQM y cómo seleccionar cuáles reportar, visite la página Web de [CQM de 2014](#).

Los proveedores que están participando en los programas de incentivo de EHR de Medicare pueden reportar las CQM para el programa de incentivo de EHR de Medicare a través del [sistema de atestación de CMS](#). Además, los EP pueden reportar a través del piloto de informes electrónicos para profesionales elegibles y hospitales a través de [QualityNet para hospitales](#).

Para más información sobre el programa de reporte de calidad clínica, visite las [páginas del programa de incentivo de EHR aquí](#).

*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.*



### Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

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

## El programa de pagos abiertos ofrece una mayor transparencia para pacientes

Número de *MLN Matters*: SE1330  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A



### Resumen

La Physician Payments Sunshine Act, aprobada en conjunto con la Affordable Care Act, crearon el programa de pagos abiertos, el cual requiere que los fabricantes de productos farmacéuticos y dispositivos y organizaciones de compra en grupo recaudar y reportar pagos y otras transferencias de valor a médicos y hospitales de enseñanza.

De acuerdo a los Centros de Servicios de Medicare

y Medicaid (CMS), los objetivos del programa son hacer relaciones financieras transparentes y ofrecer a los consumidores del cuidado de la salud la información necesaria para tomar decisiones con más conocimiento sobre sus profesionales del cuidado de la salud.

Los médicos y hospitales de enseñanza pueden voluntariamente inscribirse en el programa de pagos abiertos para supervisar la información reportada por la industria. El artículo de edición especial de *MLN Matters*® 1330 provee un resumen del programa de pagos abiertos con enlaces para descargar aplicaciones móviles y otras herramientas para proveedores a quienes les gustaría participar en el programa.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1330.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1330

*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.*

---

## MLN Connects™ Provider e-News de CMS

El MLN Connects™ Provider e-News de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es un 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:

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 22 de agosto de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-08-22-eNews.pdf>

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 29 de agosto de 2013 – <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-08-29-eNews.pdf>

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 5 de septiembre de 2013 – <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-09-05-eneNews.pdf>

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 12 de septiembre de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-09-12-Enews.pdf>

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 19 de septiembre de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-09-19-eneNews.pdf>

**Fuente:** CMS PERL 201308-08, 201308-08, 201309-01, 201309-02, 201309-03

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Octubre de 2013

Medicare habla: Discusiones sobre documentación, elegibilidad y resolución de reclamaciones

Cuando: 10 de octubre de 2013

Hora: 12:30 - 4:00 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

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

**Dirigido a:** Islas Vírgenes de EE.UU

Repetición: El centro de contacto del proveedor de First Coast presenta la campaña: "How can we say it better?" (¿cómo podemos decirlo mejor?)

Cuando: 29 de octubre de 2013

Hora: 11:30 - 1:00 p.m. ET

Tipo: Webcast

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

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

### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

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

Título del registrante: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

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

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.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

### Instrucciones temporeras para reclamaciones de pacientes hospitalizados de la Parte B

Número de *MLN Matters*: SE1333  
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) recientemente publicaron instrucciones temporeras para los proveedores del cuidado de la salud de la Parte A de Medicare que están facturando servicios de la Parte B de Medicare provistos en un ambiente hospitalario.

En su norma definitiva, CMS-1599F, CMS actualizó la política del sistema de pago prospectivo de pacientes internos para permitir que los proveedores de la Parte A de Medicare facturen por servicios cuando un contratista de Medicare determina una admisión de hospitalización como no razonable y medicamente necesaria.

CMS permitirá pagos por todos los servicios de

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

hospital provistos a los beneficiarios de Medicare que hubieran sido razonables y necesarios si el beneficiario había sido tratado como un paciente externo. Las reclamaciones por servicios de la Parte B deben ser presentadas dentro de un año desde la fecha de servicio.

También, un hospital puede ser pagado por servicios de pacientes internos de la Parte B si el centro determina bajo los requerimientos de revisión de utilización de Medicare que un beneficiario debió haber recibido servicios de paciente externo del hospital en lugar de servicios de paciente interno, y el paciente ya ha sido dado de alta del hospital.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1333.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1333

## Centros de Enfermería Especializada

### Los PEPPER de SNF en el correo

Se anima a los centros de enfermería especializada, que inician programas de cumplimiento, a revisar los reportes PEPPER enviados recientemente a cada centro por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Estos reportes de datos comparativos específicos del proveedor, libres de costo, ayudan a identificar prácticas de facturación que se pueden encontrar en riesgo de revisión administrativa.

CMS comenzó enviando los PEPPER a los centros de enfermería especializada en agosto de 2013. PEPPER, o el reporte electrónico del programa de evaluación de los patrones de pago, proporciona datos estadísticos correspondientes a centros específicos para los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare. PEPPER compara las reclamaciones de los datos estadísticos de un SNF con estadísticas agregadas de centros similares en el estado, la jurisdicción administrativa de Medicare y alrededor de los Estados Unidos.

Los centros con patrones de facturación en o por encima del percentil 80 nacional se identifican como "atípicos". CMS anima a los centros a que detecten

los valores atípicos en su PEPPER para revisar la política de pago de Medicare para asegurar que los servicios provistos son médicamente necesarios y que la documentación de registro médico soporta los servicios facturados.

Los SNF que hacen parte de un hospital de atención aguda a corto plazo pueden tener acceso a su PEPPER electrónicamente a través del sistema de hospital QualityNet. CMS envió reportes PEPPER en copia impresa para los SNF independientes y los SNF administrados a través de los hospitales de cuidados prolongados de atención aguda y los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados el 30 de agosto de 2013.

Se anima a los administradores de SNF a revisar la [guía del usuario SNF PEPPER](#). También hay más información disponible en [el sitio Web PEPPER](#).

*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.*

## Pagos prospectivos

### Actualización del centro de rehabilitación hospitalario con cambios de precios para el 2014

Número de *MLN Matters*: MM8326

Número de petición de cambio relacionado: 8326

Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2769CP

Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron el nuevo software de precios del sistema de pagos prospectivos (PPS) del centro de rehabilitación hospitalario (IRF) modificando las tarifas de pago para las reclamaciones de IRF PPS para el año fiscal 2014 el cual comienza el 1 de octubre de 2013.

Cambios claves para FY 2014 incluyen:

- La tarifa federal estándar es \$14,846.
- La tarifa federal estándar ajustada es \$14,555 (para los IRF que no cumplieron con los requerimientos de reporte de calidad).
- La cantidad de la pérdida fija es \$9,272.
- La porción relacionada a la labor es 0.69494.
- La porción no relacionada a la labor es 0.30506.
- La proporción costo-cargo (CCR) promedio nacional urbana es 0.516.
- La CCR promedio nacional rural es 0.643.
- El ajuste del paciente de bajo ingreso (LIP) es 0.3177.
- El ajuste de enseñanza es 1.0163.
- El ajuste rural es 1.149.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8326.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8326, 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/R2769CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2769, CR 8326

*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.*

### Nuevos materiales disponibles para la norma propuesta del sistema de pago prospectivo ambulatorio de hospital

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado las adiciones corregidas, archivos de estadísticas de costo, un archivo de impacto, y una tabla de impacto para la norma propuesta del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) de hospital de 2014 (*CMS-1601-P*).

Estos *archivos corregidos* están disponibles en el sitio Web del *PPS ambulatorio de hospital*. Más información sobre la norma propuesta está disponible en la página Web de las *notificaciones y regulaciones ambulatorias de hospital*.

*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 201308-09

## Actualización – sistema de pago prospectivo de centros psiquiátricos hospitalarios del año fiscal 2014

Número de *MLN Matters*: MM8395  
Número de petición de cambio relacionado: 8395  
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2768CP  
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8395, la cual identifica los cambios que son requeridos como parte de la actualización anual del sistema de pago prospectivo de los centros psiquiátricos hospitalarios (IPF PPS) de la notificación de la actualización de IPF PPS del año fiscal (FY) 2014, publicada el 1 de agosto de 2013. Estos cambios son aplicables a las altas de IPF que ocurran durante el FY desde el 1 de octubre de 2013, hasta el 30 de septiembre de 2014.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8395.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8395, 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/R2768CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2768, CR 8395

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

---

## CMS emite actualizaciones de 2014 de PPS para los hospitales de pacientes hospitalizados y cuidados prolongados

Número de *MLN Matters*: MM8421  
Número de petición de cambio relacionado: 8421  
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de agosto de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2778CP  
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) lanzaron recientemente las actualizaciones del año fiscal (FY) 2014 para el sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS) de atención aguda y el sistema de pagos prospectivos (PPS) para los hospitales de cuidados prolongados (LTCH).

Dentro de los detalles provistos en el artículo de *MLN Matters*® MM8421, CMS actualiza la fórmula para el [programa de reducción de readmisiones de hospital](#). Los hospitales

ubicados en Puerto Rico no están sujetos al programa de reducción de readmisiones de hospital.

Además, a partir del FY 2014, el ajuste para la parte desproporcionada de hospital (DSH) de Medicare recibirá el 25 por ciento de la cantidad que previamente habría recibido bajo la fórmula estatutaria actual de Medicare DSH. El resto será un pago de atención sin compensación a los centros después de que la cantidad es reducida para los cambios en el porcentaje de personas que no tienen seguro.



Los LTCH que no presenten los datos de reporte de calidad experimentarán una reducción del 2 por ciento en el estándar de la tarifa federal a partir del FY 2014. En el artículo, CMS señala que no hay cambios en las definiciones basadas esencialmente en estadísticas basadas en áreas del mercado laboral de la zona o los códigos utilizados bajo el LTCH

(Continúa en la página siguiente)

## CMS emite... (Continuación)

PPS para el FY 2014.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8421.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8421, 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/R2778CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2778, CR 8421

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

## CMS emite la actualización de OPPS de hospital de octubre de 2013

Número de *MLN Matters*: MM8428

Número de petición de cambio relacionado: 8428

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de agosto de 2013

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2775CP

Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las actualizaciones de octubre de 2013 al sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS).

Con la actualización, CMS incorporará los cambios a las tarifas de pagos en la publicación de octubre de 2013 de los precios de OPPS. Efectivo el 1 de octubre de 2013, las tarifas de pago actualizadas serán incluidas en el [apéndice A](#) y el [apéndice B del OPPS](#).

Actualizaciones adicionales en efecto desde el 1 de octubre de 2013, incluyen:

- A dos medicamentos y productos biológicos se les han concedido estatus de paso a través de OPPS, "Technetium Tc 99m tilmanocept, diagnostic, up to 0.5 millicuries, and Prothrombin complex concentrate (human), Kcentra, per i.u. of Factor IX activity" (Tecnecio Tc 99m tilmanocept, diagnóstico, hasta 0.5 millicuries, y concentrado de complejo de protrombina (humano), Kcentra, por u.i. de la actividad del Factor IX).
- El indicador de estatus para el código 90685 del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) ha cambiado de "E" (no pagado por Medicare) a "L" (vacuna de influenza; vacuna contra la neumonía

neumocócica) efectivo el 7 de junio de 2013.

- Los indicadores de estatus (SI) para el código HCPCS Q4135 (Mediskin, por centímetro cuadrado) y el código HCPCS Q4136 (Ez-derm, por centímetro cuadrado) cambiarán de SI=E (no pagado por Medicare cuando es presentado en reclamaciones de pacientes ambulatorios (cualquier tipo de factura de paciente ambulatorio)) a SI=K (pagado bajo OPPS; pago APC separado). Para el resto del 2013, estos códigos serán pagados separadamente y los precios para estos códigos serán actualizados trimestralmente.
- La tarifa de pago para inmunoglobulina, en polvo (J1566) estaba incorrecta en los precios de OPPS de julio de 2013. Los proveedores con reclamaciones que contienen J1566 y una fecha de servicio del 1 de julio de 2013, hasta el 30 de septiembre de 2013, pueden preguntarle a su contratista administrativo de Medicare que ajuste las reclamaciones.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8428.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8428, 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/R2775CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2775, CR 8428

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

## CMS propone PPS para el centro de salud calificado por el gobierno federal

El 18 de septiembre, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una propuesta de norma que establecería la metodología y las tarifas de pago para un sistema de pagos prospectivos (PPS) para los servicios del centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC) bajo la Parte B de Medicare a partir del 1 de octubre de 2014, en cumplimiento con los requerimientos legales del Affordable Care Act.

CMS propone el pago a los FQHC con base en un único encuentro por tarifa diaria por beneficiario de Medicare. La tarifa diaria basada en el encuentro se calcularía sobre la base de un costo promedio por encuentro y se estima en \$155.90, sujeto a cambios en la norma final basados en los datos más actuales.

La tarifa se ajustará a las diferencias geográficas en el costo de los servicios mediante la adopción del factor de ajuste geográfico utilizado para cómputo de la tarifa fija (GPCI) utilizado para ajustar el pago bajo las tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (PFS). Además, la tarifa será ajustada (con el incremento aproximado del 33 por ciento) para una mayor intensidad y uso de recursos cuando un FQHC proporciona cuidado a un paciente que es nuevo para el FQHC o a un beneficiario que recibe una visita inicial completa de Medicare (es decir, un examen físico preventivo inicial o una visita inicial de bienestar anual). FQHC haría la transición a los PPS a partir del 1 de octubre de 2014, con base en sus periodos de reporte de costos.

La norma propuesta también modifica el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) de 1988 para estar en alineación con el Taking Essential Steps for Testing (TEST) Act de 2012, con la propuesta de los cambios regulatorios necesarios para implementar completamente el TEST Act. Esta norma propuesta describe el marco para la aplicación de sanciones en los casos referidos en las pruebas de competencia (PT).

La norma propuesta será publicada en el *Federal Register* el 23 de septiembre. CMS aceptará comentarios sobre la norma propuesta hasta el 18 de noviembre de 2013 y los responderá en una norma final que se publicará en el 2014.

La información adicional está disponible en el [comunicado de prensa de CMS](#), [la hoja informativa](#) y la [norma propuesta](#).

*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 201309-03

### 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 2013 hasta septiembre 2014.

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

**ICD-10**

**Códigos de diagnósticos requeridos para las reclamaciones de instituciones religiosas no médicas de atención de salud**



Número de *MLN Matters*: MM8350  
 Número de petición de cambio relacionado: 8350  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2765CP  
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente instruyeron a los contratistas de Medicare a devolver a las instituciones religiosas no médicas de atención de salud cualquier reclamación que no contenga los códigos de diagnóstico para los servicios provistos a los beneficiarios de Medicare.

La política de Medicare requiere la presencia de códigos de diagnóstico para transacciones estándares de reclamaciones. Es requerido que las reclamaciones por los servicios provistos mientras Medicare utiliza los códigos de ICD-9 contengan los siguientes diagnósticos principales de ICD-9 y primero otros códigos de diagnóstico:

- Diagnóstico principal: 799.9 “other unknown and unspecified cause” (otra causa desconocida y no especificada)
- Otro diagnóstico: V62.6 “refusal of treatment for reasons of religion or conscience” (rechazo del tratamiento por razones de religión o conciencia)

CMS instruyó a los contratistas de Medicare a devolver a las instituciones religiosas no médicas de atención de salud cualquier reclamación recibida a partir del 1 de enero de 2014 (con cualquier fecha de reclamación de “hasta” antes del 1 de octubre de 2014), que no contenga estos códigos.

Con la implementación de ICD-10 en octubre de 2014, estos códigos serán reemplazados con el siguiente par de códigos de diagnóstico de ICD-10 para satisfacer el requerimiento de la reclamación:

- Diagnóstico principal: R69 “illness, unspecified” (enfermedad, no especificada)
- Otro diagnóstico: Z53.1 “procedure and treatment not carried out because of patient’s decision for reasons of belief” (procedimiento y tratamiento no llevado a cabo debido a decisión del paciente por razones de creencias)

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8350, 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/R2765CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2765, CR 8350

*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

### Mejoramiento... (Continuación)

primero que hacemos es revisar el sistema para evitar la prolongación de una denegación, pues al consultar el sistema de acceso remoto (DDE) ya sabemos cuáles son los datos que hacen falta y por lo tanto podemos actuar y corregir la reclamación de manera inmediata, sin esperar a que llegue la remesa en papel”.

En este proceso todo es cuestión de tiempo. Para Arvelo uno de los grandes beneficios es la rapidez con la cual se puede consultar los datos; por ejemplo, la verificación de la elegibilidad del beneficiario. A través del acceso al sistema remoto (DDE), los proveedores pueden realizar consultas relacionadas con la autorización de los pacientes de Medicare, lo que incluye fechas de autorización, estatus del deducible y más.

### El adiestramiento es clave

Para lograr que todos los departamentos de los hospitales Pavía Santurce y Pavía Hato Rey trabajen de forma unificada, el departamento de facturación utiliza, además del acceso al sistema remoto (DDE), un conjunto de herramientas de educación provistas por el [sitio Web de First Coast](#) para el proveedor de Medicare. Ellos acceden diariamente a las políticas médicas, a los cambios de cobertura, a las oportunidades de educación a través de los webcasts y las diferentes publicaciones con las que se mantienen al día. “Imprimimos la información y la entregamos a otras unidades como sala de emergencias, admisiones, centro de imágenes, laboratorio y medicina nuclear” asegura Arvelo.

Morris realiza sesiones de capacitación donde hay intercambio de opiniones, se ofrecen charlas y se entrega el material para que el personal de los hospitales lo tengan como referencia en sus áreas de servicio.

Para obtener más información sobre el acceso al sistema remoto (DDE) [haga clic aquí](#).

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

---

## Ahorre tiempo y dinero – resuelva el código de denegación 34538

**Mensaje de remesa:** Claim submitted as Medicare primary and a positive working elderly record exists at the common working file (CWF). The contractor ID is equal to '11121'. The claim should be billed to the employer group health plan (EGHP). (Reclamación presentada como primaria a Medicare y existe un registro positivo de personas de edad avanzada que trabajan dentro del archivo común de trabajo [CFW]. El ID del contratista es igual a '11121'. La reclamación deberá ser facturada al plan de seguro médico de grupo del empleador [EGHP]).

*¿Qué significa esto en realidad? El beneficiario o su cónyuge estaban/están trabajando en la fecha de servicio(s) y el seguro del empleador es primario a Medicare.*

### Se requiere acción del proveedor

- Una vez registrado el paciente y antes de presentar la reclamación, haga que el beneficiario complete el [cuestionario de Medicare secondary payer \(MSP\)](#) ubicado en el manual único de internet (IOM) de Medicare Secondary Payer, publicación 100-05, capítulo 3, sección 20.1.2.
- Confirme la elegibilidad del beneficiario a través del acceso al sistema remoto (DDE), el sistema de respuesta automática (IVR), o tome ventaja del Secure Provider Online Tool (El SPOT), donde puede ver el estado de las reclamaciones, elegibilidad y beneficios, información de pago y los datos comparativos de facturación en un entorno en línea seguro. Siga este camino para aprender

más sobre **El SPOT**, así como la forma de iniciar el proceso de registro: <http://medicareespanol.fcso.com/Landing/256960.asp>

- Si la información **no es válida**
  - El proveedor o el beneficiario deben contactar al contratista de coordinación de beneficios (COBC) al 1-800-999-1118 para tener un archivo actualizado. Una vez el archivo es actualizado, vuelva a presentar la reclamación a Medicare para consideración de pago primario
- Si la información **es válida**
  - Presente la reclamación al seguro principal que aparece en los registros de los beneficiarios y luego a Medicare para consideración de pago secundario

### Recursos adicionales

- Resuelva el código de denegación [U5233](#)
- Resuelva el código de denegación [N5052](#)
- Resuelva el código de denegación [C7010](#)

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

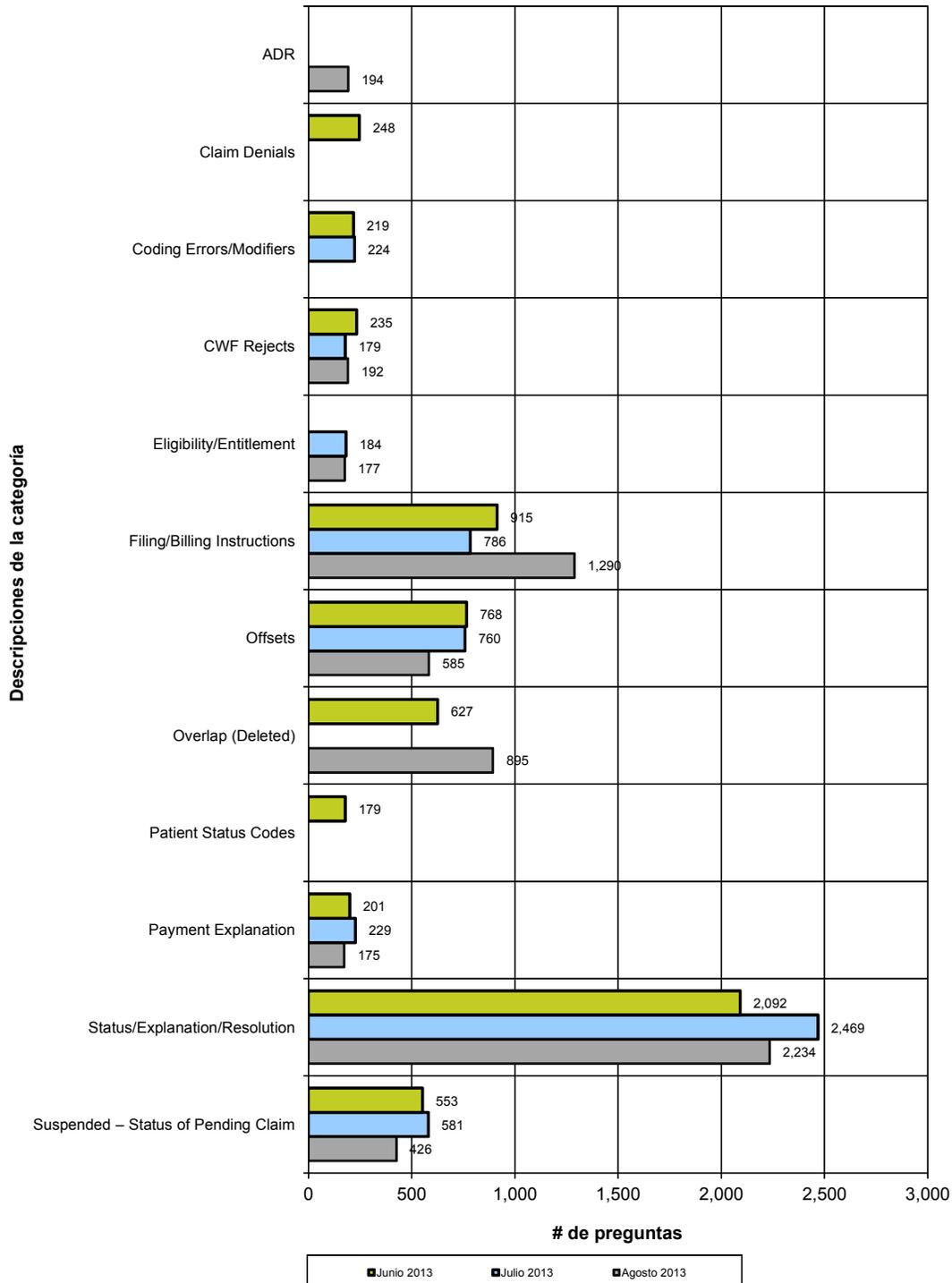
Fuente: [Manual electrónico, Medicare Secondary Payer, publicación 100-05, capítulo 3](#)

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

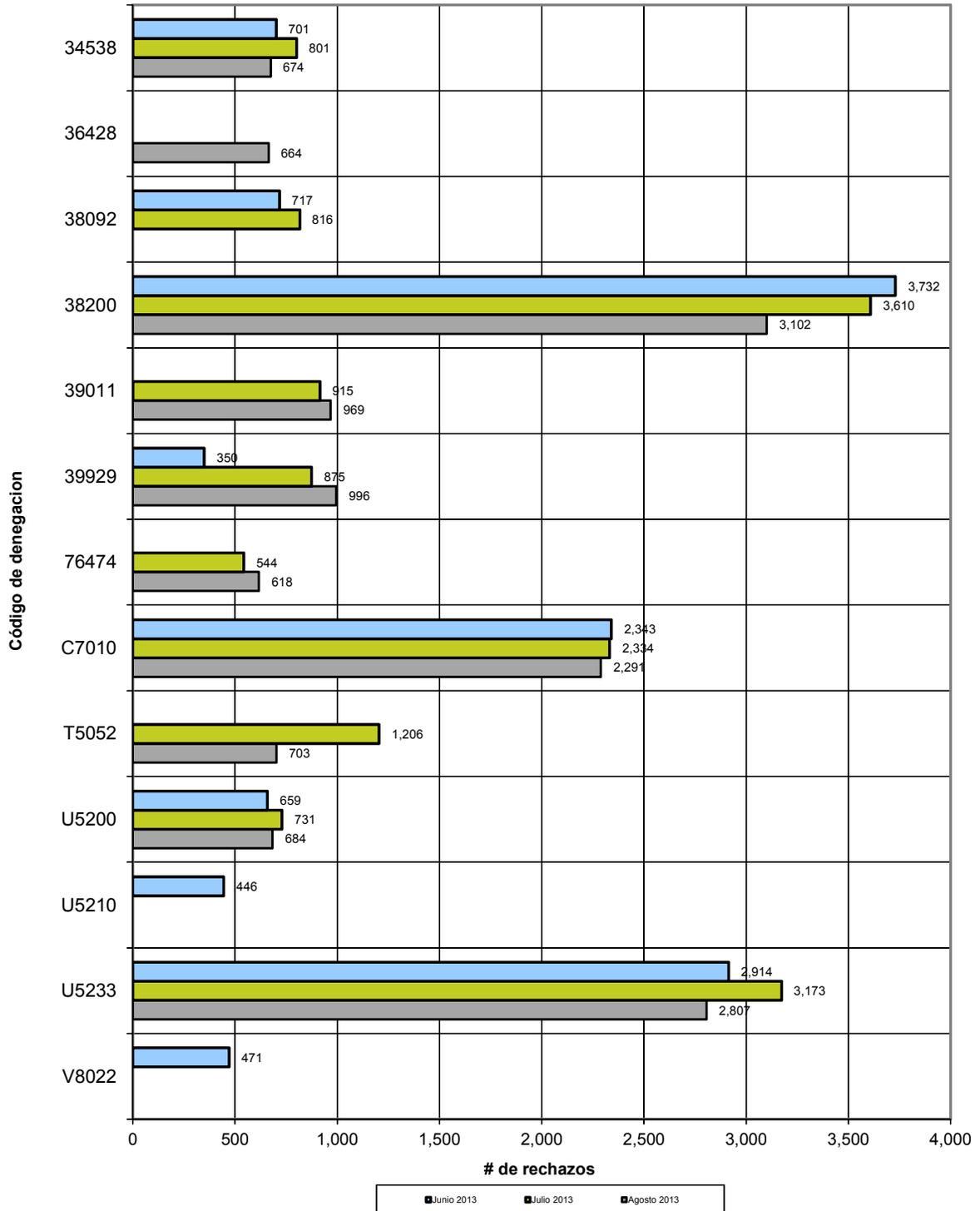
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

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

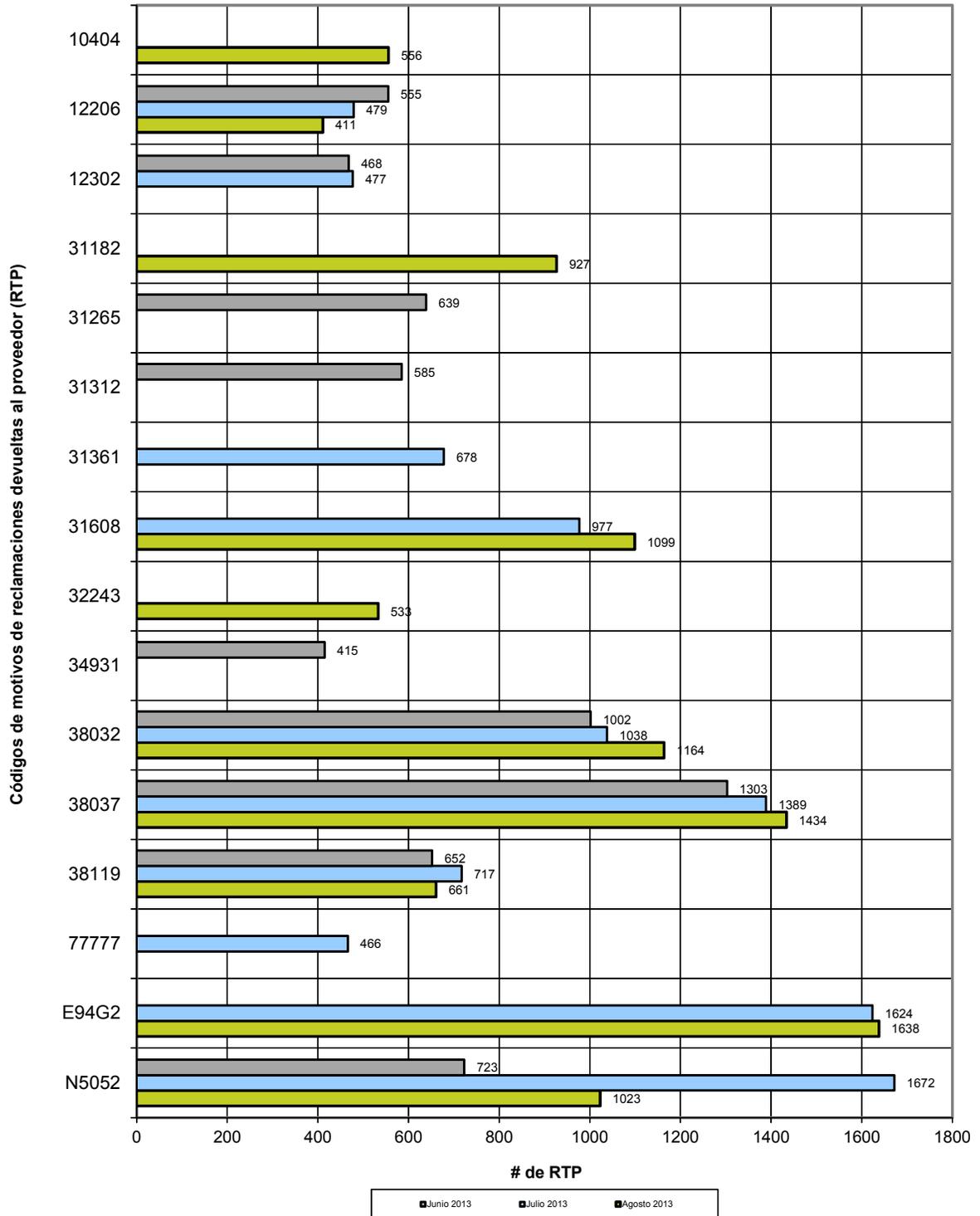
### Preguntas de Parte A más frecuentes en junio-agosto de 2013



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



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

### LCD Nuevas

Psychological and neuropsychological tests .....28

### Revisiones a las LCD existentes

Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications...28

Noncovered services .....29

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## LCD Nuevas

### Psychological and neuropsychological tests – nueva LCD

**Identificador de LCD: L33688 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada como resultado de los problemas de revisión médica identificados en la documentación asociada con reclamaciones para servicios psiquiátricos sobre facturación incorrecta e innecesaria para pruebas psicológicas y neuropsicológicas (códigos CPT® 96101-96125 y código HCPCS G0451). La documentación revisada consistió mayormente de evaluaciones del estado mental que pueden ser realizadas dentro de la evaluación diagnóstica psiquiátrica (por ejemplo, códigos CPT® 90791, 90792). En conclusión, el contratista reconoció la necesidad de crear esta LCD debido a que la documentación revisada consistió principalmente de servicios que no deben ser clasificados separadamente como pruebas psicológicas o neuropsicológicas y debieron haber sido codificados como parte del examen o entrevista clínica psiquiátrica/psicológica.

Esta nueva LCD fue desarrollada para tratar las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, procedimiento y códigos de diagnósticos, requerimientos de documentación, y pautas de utilización para pruebas psicológicas y neuropsicológicas.

#### Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 14 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Revisiones a las LCD existentes

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para biofosfanatos (por vía intravenosa [IV]) y los anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada recientemente el 1 de julio de 2013. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para agregar la nueva indicación de la etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de adultos y adolescentes con esqueleto maduro con tumor de células gigantes de hueso que no es extirpable o donde es probable que la extracción quirúrgica resulte en morbilidad severa. Además, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”, subtitulada “HCPCS Codes J0897 (Xgeva™)” para agregar el código de diagnóstico 238.0 (Neoplasm of uncertain behavior of bone and articular cartilage [neoplasma de comportamiento incierto del hueso y el cartílago articular]).

Además, el anexo de las secciones de la LCD “Documentation Requirements”, “Utilization Guidelines”, “Sources of Information and Basis for Decision” y “Coding Guidelines” fue actualizado.

#### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 11 de octubre de 2013**, para servicios prestados **a partir del 13 de junio 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](#).

## Noncovered services – revisión a la LCD Parte A

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 14 de agosto de 2013. Desde entonces, fueron realizadas las siguientes revisiones a la LCD:

- Con base en la petición de cambio 8249 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA), el código 90685 del *Current Procedural Terminology (CPT®)* fue removido de la sección de la LCD “Drugs and Biologicals”. Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 7 de octubre de 2013**, para servicios prestados **a partir del 7 de junio de 2013**.
- Los códigos *CPT®* 90653, 90666, 90667, 90668, 90687, 90688 y 90739 han sido removidos de la sección de la LCD “Drugs and Biologicals” ya que estos son denegados a través de la edición desarrollada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), y no están basados en criterios razonables y necesarios en esta LCD. Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre 2013**.
- Una nueva LCD (Transcranial Magnetic Stimulation for Major Depressive Disorder) fue desarrollada e incluye los códigos *CPT®* 90867, 90868 y 90869 la cual se encuentra en un periodo de notificación de 45 días para ser efectiva el 7 de octubre de 2013. Por lo tanto, los códigos *CPT®* 90867, 90868 y 90869 han sido removidos de la sección de la LCD “Procedures”. Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**.
- Los códigos *CPT®* 31660 y 31661 fueron evaluados y se tomó la decisión de eliminar los códigos de la sección de la LCD “Procedures”. Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**.
- Para todas las reclamaciones presentadas con los códigos *CPT®* 31660 y 31661, la documentación de registro médico se solicitará y revisará sobre la base de consideración individual. Es de destacar que cuando un artículo o servicio se elimina de la LCD de servicios no cubiertos, no implica una declaración cobertura positiva y la cobertura por parte de Medicare. Por lo tanto, en las reclamaciones facturadas para los códigos *CPT®* 31660 y 31661 (suponiendo que se cumplan todos los demás requerimientos del programa) siempre será necesario cumplir con el límite médicamente razonable y necesario para la cobertura de un pago por adelantado o pago posterior en la auditoría de los registros oficiales.
- Cada vez que exista una duda sobre si serán cumplidos los criterios médicamente razonables y necesarios de Medicare, recomendamos el uso de una notificación anticipada de beneficiario (ABN) y el anexo del modificador GA a los códigos HCPCS facturados. Por favor tenga en cuenta que los servicios previos o asociados con servicios no cubiertos tampoco están cubiertos.

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](#).

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Redeterminaciones

#### Redeterminaciones sobrepagos

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

### Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Otras direcciones importantes

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

#### Suministros de llevar a casa

#### Medicamentos orales anticáncer

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

### INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

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

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

### RAILROAD MEDICARE

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

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

### Inscripción de proveedores

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

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

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

### Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

### Saldo de crédito

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

### Departamento de Auditoría y Reembolso

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

### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

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

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

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

1-800-754-7820

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

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

### DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Certificaciones de la American Diabetes Association

Inscripción proveedor Medicare – ADA  
P. O. Box 2078  
Jacksonville, FL 32231-0048

#### Reclamaciones/correspondencia Florida:

Servicio al cliente Medicare Parte A  
P. O. Box 2711  
Jacksonville, FL 32231-0021

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc.  
P. O. Box 45071  
Jacksonville, FL 32232-5071

#### Presentación de reclamaciones electrónicas

Acceso al sistema remoto (DDE)  
P. O. Box 44071  
Jacksonville, FL 32231-4071

#### Fraude y abuso

Unidad de procesamiento de denuncias  
P. O. Box 45087  
Jacksonville, FL 32232-5087

#### Solicitudes de Freedom of Information Act

(Relacionado con reporte de costos y auditorías). Auditoría y reembolso a los proveedores (PARD)

Attn: FOIA PARD – 16T. P. O. Box 45268. Jacksonville, FL 32232-5268

#### Determinaciones de cobertura local

Pólizas médicas y procedimientos – 19T. P.O. Box 2078  
Jacksonville, FL 32231-0048

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

##### Información general, pagos condicionales

MSP P. O. Box 2711  
Jacksonville, FL 32231-0021

##### Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

MSP – revisión de hospital  
P. O. Box 45267  
Jacksonville, FL 32232-5267

**MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/demandas, responsabilidades**  
Auto/Responsabilidad – 17T

P. O. Box 44179  
Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudo de sobrepagos

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos, reportes estadísticos y de reembolso del proveedor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Auditoría y reembolso a los proveedores. P. O. Box 45268  
Jacksonville, FL 32232-5268

#### Revisión médica postpago

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

#### Inscripción del proveedor

Aplicaciones CMS-855  
P. O. Box 44021  
Jacksonville, FL 32231-4021

#### Redeterminaciones

##### Florida:

Redeterminaciones y apelaciones Medicare Parte A. P. O. Box 45053  
Jacksonville, FL 32232-5053

##### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc  
P. O. Box 45097  
Jacksonville, FL 32232-5097

#### Servicios de correo expreso y correo especial

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

### Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

**Aseguradoras regionales de equipo médico duradero (DMERC)** DME, dispositivos ortóticos y prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

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

#### Ferrocarril Medicare

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

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

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

## Números telefónicos

#### Servicio al cliente/IVR

**Proveedores:**  
888-664-4112

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

#### Beneficiarios:

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

#### Reporte del balance de crédito

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

#### Fax

904-361-0359

#### Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

#### Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

#### Educación y alcance al proveedor

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

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

#### Inscripción del proveedor

877-602-8816

## Sitios Web

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

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

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

#### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

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

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

## Facturación

### Servicios de evaluación y manejo facturados como visitas de seguimiento para la atención hospitalaria inicial y la atención inicial en un centro de enfermería

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha identificado, a través del análisis de datos, errores de pago de reclamaciones incorrectas, tanto para los servicios de atención hospitalaria inicial (*Common Procedure Terminology (CPT®) 99221-99223*) como para la atención inicial en un centro de enfermería (códigos *CPT® 99304-99306*). El análisis de datos ha identificado los servicios de atención inicial que incorrectamente se facturan diariamente como visitas de seguimiento por el mismo proveedor que presta el servicio. Las visitas de seguimiento, en el ambiente de un centro, deben ser facturadas como visitas subsecuentes de atención hospitalaria (*CPT® 99231-99233*) y visitas subsecuentes de atención en un centro de enfermería (códigos *CPT® 99307-99310*).

Según lo descrito en el *Medicare Claims Processing Manual* de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), *publicación 100-04, capítulo 12, sección 30.6.9*:

In the inpatient hospital setting all physicians (and qualified nonphysician practitioner where permitted) who perform an initial evaluation may bill the initial hospital care codes (99221-99223) or nursing facility codes (99304-99306). Contractors consider only one M.D. or D.O. to be the principal physician of record (sometimes referred to as the admitting physician.) The principal physician of record is identified in Medicare as the physician who oversees the patient's care for other physicians who may be furnishing specialty care. Only the principal physician of record shall append modifier "AI" (Principal Physician of Record) in addition to the E/M codes. Follow-up visits in the facility setting shall be billed as subsequent hospital care visits and subsequent nursing facility visits.

(En el ambiente de hospital de pacientes hospitalizados todos los médicos [y profesionales de la salud calificados cuando sea permitido] que llevan a cabo una evaluación inicial pueden facturar los códigos hospitalarios de atención inicial [99221-99223] o los códigos de centros de enfermería [99304-99306]. Los contratistas consideran que sólo un M.D. o D.O. es el médico principal del registro [a veces referido como el médico de admisión]. El médico principal del registro es identificado en Medicare como el médico que supervisa el cuidado del paciente para otros médicos que pueden prestar atención especializada. Sólo el médico principal de registro deberá anexar el modificador "AI" (Principal Physician of Record [médico principal del registro]), además de los códigos de E/M. Las visitas de seguimiento en el ambiente de un centro se facturarán como visitas subsecuentes de atención hospitalaria y visitas subsecuentes de centros de enfermería).

First Coast anima a los proveedores a evaluar sus patrones de facturación actual. Los proveedores pueden utilizar el sistema de respuesta automática (IVR) para volver a abrir las reclamaciones que han sido facturadas por error. Para más información por favor ingrese a la [guía de referencia rápida del IVR](#).

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

## Laboratorio

### Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8439

Número de petición de cambio relacionado: 8439

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de septiembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2779CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

La petición de cambio 8439 informa a los contratistas sobre las más recientes pruebas con dispensa aprobadas por la Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, el cual requiere el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren que un modificador QW sea reconocido 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 sobre las nuevas pruebas para que los contratistas

*(Continúa en la página siguiente)*

## Nuevas... (Continuación)

puedan procesar las reclamaciones con precisión.

Si usted no tiene una certificación vigente de CLIA y presenta una reclamación a su contratista de Medicare para un código que está considerado ser para una prueba de laboratorio que requiere un certificado de CLIA, su pago de Medicare puede verse afectado.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8439.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8439, 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/R2779CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2779, CR 8439

*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.*

## Centros de Rehabilitación

### Responsabilidad de pago por cambios en denegaciones del límite de terapia

Número de *MLN Matters*: MM8321  
Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 8321  
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de agosto de 2013  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1283OTN  
Fecha de implementación: 16 de agosto de 2013

#### Resumen

Las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2013, que excedan el límite de terapia y no contengan el modificador GA, serán denegadas con un código de grupo de CO (obligación contractual) en lugar del código de grupo PR (responsabilidad del paciente).

Medicare **no ajustará las reclamaciones para fechas de servicios a partir del 1 de enero de 2013**, que fueron denegadas con el código de grupo PR antes de la implementación de la petición de cambio



8321. En adición, se requiere que los proveedores **reembolsen cualquier pago recolectado de los beneficiarios** asociados con tales reclamaciones denegadas y tomen los pasos para evitar nuevos recaudos de los beneficiarios con base en la asignación incorrecta de responsabilidad sobre esas reclamaciones denegadas.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8321.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8321, 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/R1283OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1283, CR 8321

*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

### Implementación – reducción de pago del programa de ASCQR

Número de *MLN Matters*: MM8349  
 Número de petición de cambio relacionado: 8349  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1280OTN  
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

Comenzando desde el 1 de enero de 2014, los servicios de los centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) que no cumplan satisfactoriamente con los requerimientos del programa de reporte de calidad de ASC (ASCQR) incurrirán en una reducción de 2.0 puntos porcentuales a cualquier aumento anual provisto bajo el sistema de pago de ASC revisado para dicho año.

Para propósitos de la determinación de pago de 2014, los ASC deben reportar los códigos de datos de calidad (QDC) en las reclamaciones de Medicare Parte B presentadas para reembolso utilizando CMS-1500 o el conjunto de datos electrónicos relacionado y deben cumplir con los requerimientos de integridad de datos. Los QDC de reportes se describen en la [petición de cambio \(CR\) 7754](#) y el [artículo de \*MLN Matters\*® MM7754](#).

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8349.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8349, 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/R1280OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1280, CR 8349

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

### Actualización del sistema de pago de ASC de octubre de 2013

Número de *MLN Matters*: MM8437  
 Número de petición de cambio relacionado: 8437  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2770CP  
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8437, la cual describe cambios a, e instrucciones de facturación para, políticas de pagos implementadas en la actualización del sistema de pagos del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) de octubre 2013.

La CR 8437 también incluye información sobre la nueva categoría de “device pass-through” a partir del 1 de octubre de 2013, para el sistema de pago prospectivo ambulatorio y el sistema de pago de ASC.

La compensación del dispositivo es una deducción de pago del pago del “device pass-through” que refleja la porción del dispositivo del pago del procedimiento quirúrgico.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8437.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8437, 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/R2770CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2770, CR 8437

*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.*

## Reclamaciones de oftalmología denegadas por error se volverán a procesar



El paquete más reciente de la edición de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 19.2, efectiva el 1 de julio de 2013, se actualizó apropiadamente para incluir los códigos de procedimiento de evaluación y manejo de oftalmología (E&M) 92012 y 92014 con base en la política descrita en el *Medicare Claims Processing Manual* (100-04),

capítulo 12, sección 40.3.B.

Sin embargo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) tienen conocimiento de que el sistema de contratistas múltiples omitió inadvertidamente los códigos de procedimiento 92012 y 92014 del rango E&M de 99201-99499 y no está permitiendo el uso de modificadores facturados por separado 25, 24 y 57. Esto ha causado que las reclamaciones sean denegadas inapropiadamente cuando se agregan los modificadores a estos códigos de procedimiento.

CMS está corrigiendo este problema y los contratistas administrativos de Medicare A/B **volverán a procesar todas las reclamaciones inapropiadamente denegadas antes del 15 de noviembre.**

Los proveedores no tienen que realizar ninguna acción para tener sus reclamaciones corregidas.

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

---

## 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 su 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 modificadores para identificar los procedimientos y servicios que no son duplicados. Una lista completa de los 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 necesarias 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 adecuados para facturar por separado bajo ciertas 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 en el registro médico del paciente.

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

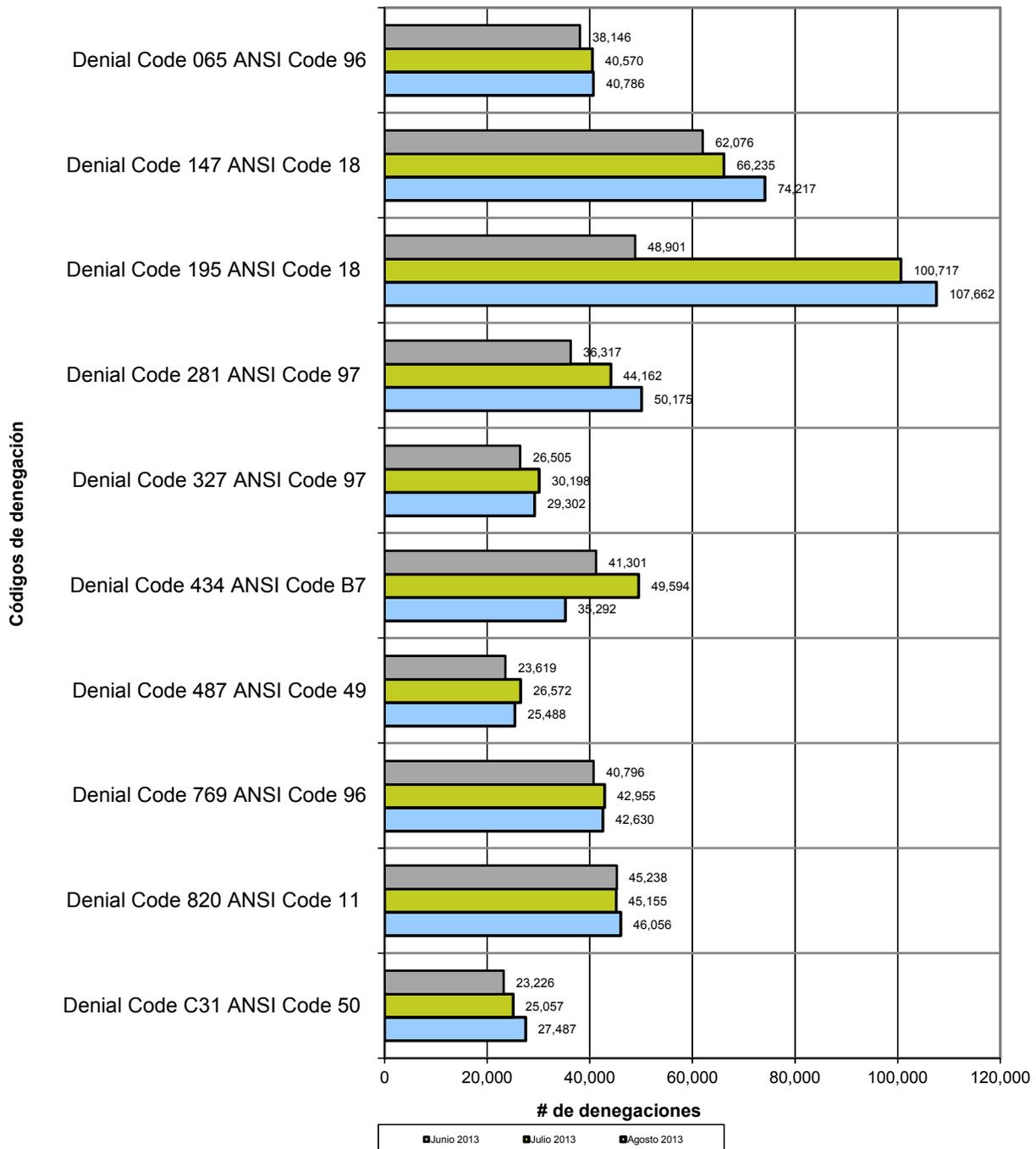
Fuente: CMS MLN Matters® MM8121, *manual único de Internet de CMS (IOM), Publicación 100-04, capítulo 1, Sección 120-Detection of duplicate claims*, y el libro de códigos American Medical Association's (AMA) 2013 *Current Procedural Terminology (CPT®)*.

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

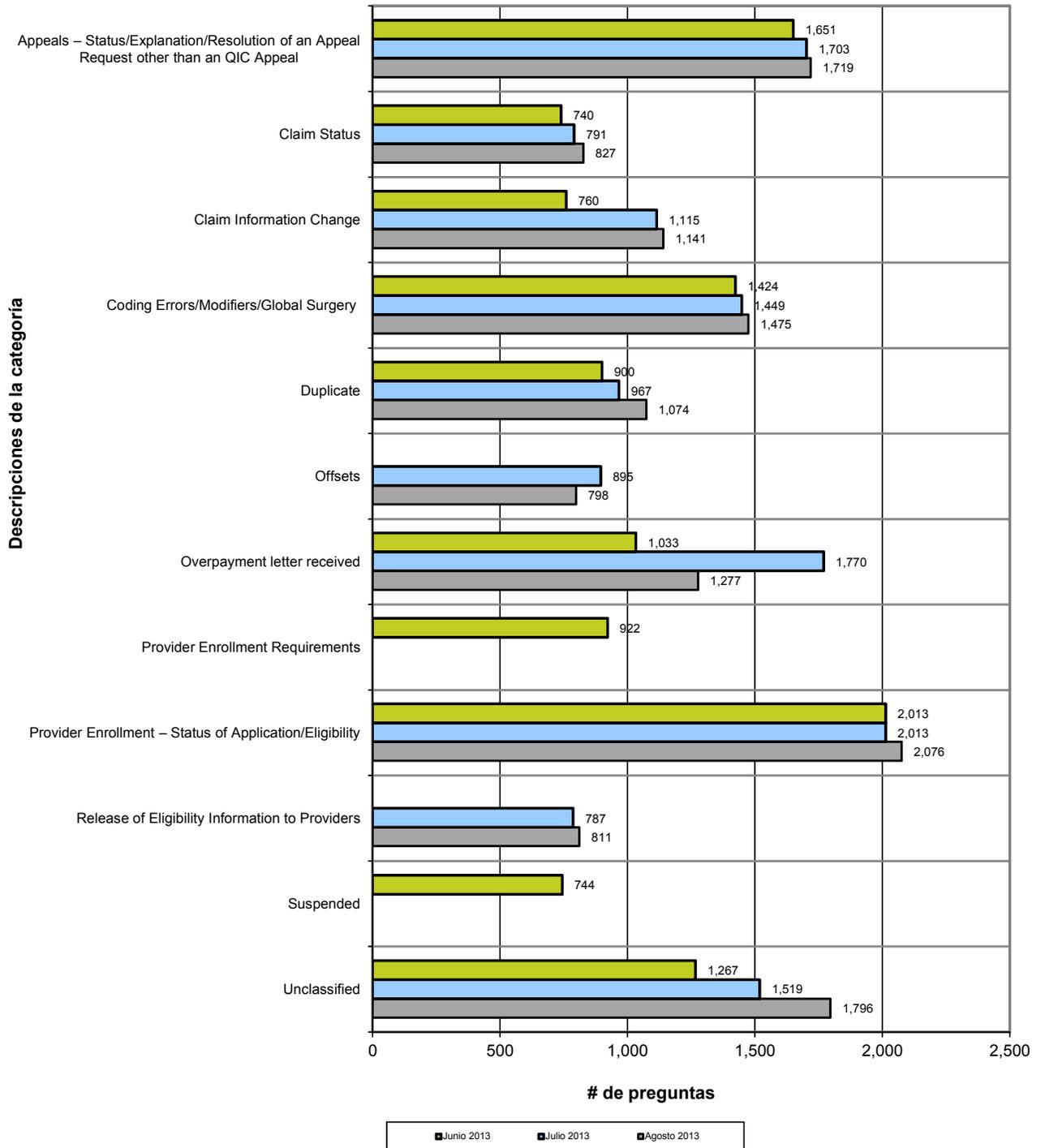
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

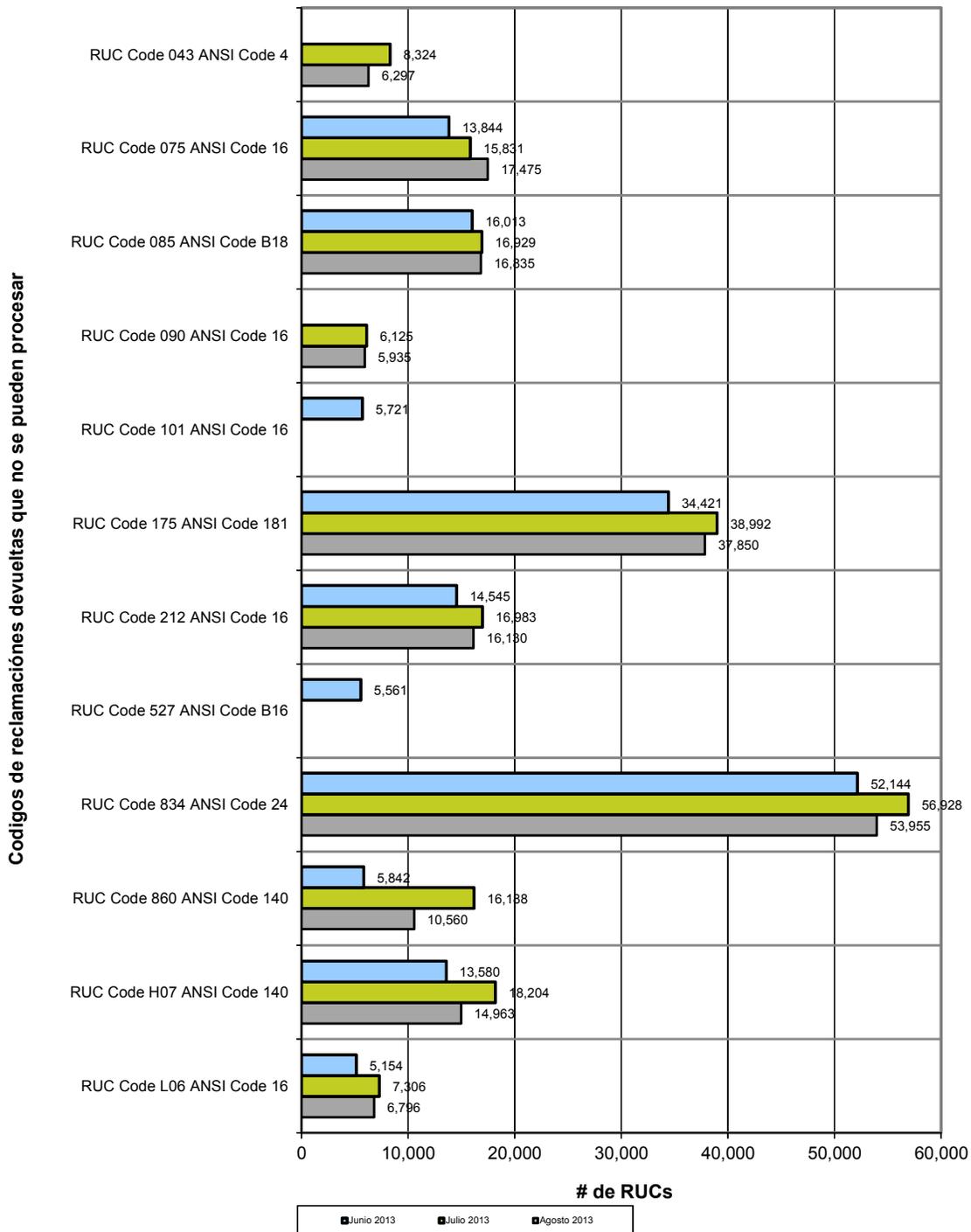
### Denegaciones de Parte B más frecuentes en junio-agosto de 2013



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



**RUC de Parte B más frecuentes en junio-agosto 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

### LCD Nuevas

Psychological and neuropsychological tests ..... 40

### Revisiones a las LCD existentes

Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications..... 40

Noncovered services ..... 41

Peripheral nerve blocks ..... 42

### Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## LCD Nuevas

### Psychological and neuropsychological tests – nueva LCD

**Identificador de LCD: L33688 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada como resultado de los problemas de revisión médica identificados en la documentación asociada con reclamaciones para servicios psiquiátricos sobre facturación incorrecta e innecesaria para pruebas psicológicas y neuropsicológicas (códigos CPT® 96101-96125 y código HCPCS G0451). La documentación revisada consistió mayormente de evaluaciones del estado mental que pueden ser realizadas dentro de la evaluación diagnóstica psiquiátrica (por ejemplo, códigos CPT® 90791, 90792). En conclusión, el contratista reconoció la necesidad de crear esta LCD debido a que la documentación revisada consistió principalmente de servicios que no deben ser clasificados separadamente como pruebas psicológicas o neuropsicológicas y debieron haber sido codificados como parte del examen o entrevista clínica psiquiátrica/psicológica.

Esta nueva LCD fue desarrollada para tratar las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, procedimiento y códigos de diagnósticos, requerimientos de documentación, y pautas de utilización para pruebas psicológicas y neuropsicológicas.

#### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 14 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Revisiones a las LCD existentes

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para bifosfanatos (por vía intravenosa [IV]) y los anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada recientemente el 1 de julio de 2013. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para agregar la nueva indicación de la etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de adultos y adolescentes con esqueleto maduro con tumor de células gigantes de hueso que no es extirpable o donde es probable que la extracción quirúrgica resulte en morbilidad severa. Además, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”, subtitulada “HCPCS Codes J0897 (Xgeva™)” para agregar el código de diagnóstico 238.0 (Neoplasm of uncertain behavior of bone and articular cartilage [neoplasma de comportamiento incierto del hueso y el cartílago articular]).

Además, el anexo de las secciones de la LCD “Documentation Requirements”, “Utilization Guidelines”, “Sources of Information and Basis for Decision” y “Coding Guidelines” fue actualizado.

#### Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de octubre de 2013**, para servicios prestados **a partir del 13 de junio 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](#).

## Noncovered services – revisión a la LCD Parte B

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue recientemente revisada el 5 de agosto de 2013. Desde entonces, fueron realizadas las siguientes revisiones a la LCD:

- Con base en la petición de cambio 8249 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA), el código *CPT*<sup>®</sup> 90685 del *Current Procedural Terminology* (*CPT*<sup>®</sup>) fue removido de la sección de la LCD “Drugs and Biologicals”. Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 7 de octubre de 2013**, para servicios prestados **a partir del 7 de junio de 2013**.
- En adición, con base en la petición de cambio 8249 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), los códigos *CPT*<sup>®</sup> 90653, 90687, 90688 y 90739 han sido removidos de la sección de la LCD “Drugs and Biologicals” ya que estos serán denegados como no aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) frente a que no son médicamente razonables ni necesarios. Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 7 de octubre 2013** para los servicios prestados **a partir del 1 enero de 2013**.
- Aunque los códigos *CPT*<sup>®</sup> 90666, 90667 y 90668 no fueron incluidos en la CR 8249, también fueron removidos de la sección de la LCD “Drugs and Biologicals” para ser consistentes con la denegación como no aprobados por la FDA frente a que no son médicamente razonables ni necesarios. Esta revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de octubre 2013**.
- Una nueva LCD (Transcranial Magnetic Stimulation for Major Depressive Disorder) fue desarrollada e incluye los códigos *CPT*<sup>®</sup> 90867, 90868 y 90869 la cual se encuentra en un periodo de notificación de 45 días para ser efectiva el 7 de octubre de 2013. Por lo tanto, los códigos *CPT*<sup>®</sup> 90867, 90868 y 90869 han sido removidos de la sección de la LCD “Procedures”. Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**.
- Los códigos *CPT*<sup>®</sup> 31660, 31661 y 90586 fueron evaluados y se tomó la decisión de eliminar los códigos de la sección de la LCD “Procedures”. Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**.
- Para todas las reclamaciones presentadas con los códigos *CPT*<sup>®</sup> 31660 y 31661, la documentación de registro médico se solicitará y revisará sobre la base de consideración individual. Es de destacar que cuando un artículo o servicio se elimina de la LCD de servicios no cubiertos, no implica una declaración cobertura positiva y la cobertura por parte de Medicare. Por lo tanto, en las reclamaciones facturadas para los códigos *CPT*<sup>®</sup> 31660 y 31661 (suponiendo que se cumplan todos los demás requerimientos del programa) siempre será necesario cumplir con el límite médicamente razonable y necesario para la cobertura de un pago por adelantado o pago posterior en la auditoría de los registros oficiales.
- Cada vez que exista una duda sobre si serán cumplidos los criterios médicamente razonables y necesarios de Medicare, recomendamos el uso de una notificación anticipada de beneficiario (ABN) y el anexo del modificador GA a los códigos HCPCS facturados. Por favor tenga en cuenta que los servicios previos o asociados con servicios no cubiertos tampoco están cubiertos.

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](#).

## Peripheral nerve blocks – revisión a la LCD Parte B

**Identificador de LCD: L29258 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29466 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los bloqueos de nervios periféricos tuvo su más reciente revisión el 1 de octubre 2009. Desde entonces, la LCD se ha revisado bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations” para alinearse con la política de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) revisada el 1 de enero de 2013. La NCCI indica que los códigos *CPT*® 64400-64530 (Peripheral nerve blocks-bolus injection or continuous infusion [bloqueo con inyección única de los nervios periféricos o infusión continua]) pueden ser reportados en la fecha de la cirugía si se realiza el manejo del dolor postoperatorio si la anestesia operativa es anestesia general, la inyección subaracnoidea o inyección epidural y la adecuación de la anestesia intraoperatoria no depende del bloqueo nervioso periférico. Los códigos de bloqueos de nervios periféricos no deberán reportarse por separado en la misma fecha de servicio como un procedimiento quirúrgico si se utiliza como la técnica anestésica principal o como complemento de la técnica anestésica primaria.

### Fecha de vigencia

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

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

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

### Notificación Anticipada al beneficiario

- El **modificador GZ** debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. **Nota:** Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.
- El **modificador GA** debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y **tienen** un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.
- Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA o GZ**.

## 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 2013 a septiembre 2014.	40300260	Impreso \$33.00		
<b>Catálogo de honorarios de 2013</b> – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2013, está disponible, sin costo, en línea, en <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. <b>Nota:</b> Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia:      English [ ]      Español [ ]				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</b>	\$

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

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

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

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Redeterminaciones

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

### Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Otras direcciones importantes

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

#### Suministros de llevar a casa

#### Medicamentos orales anticáncer

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

### INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

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

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

### RAILROAD MEDICARE

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

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

### Inscripción de proveedores

#### Cambios de dirección postal

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

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

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

### Lista de vacunados contra la influenza

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

### Determinaciones locales de cobertura

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

### Cobro de deudas

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

### Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

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

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

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

1-800-754-7820

### INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

## Direcciones postales

### Presentación de reclamaciones

#### Reclamaciones de rutina por escrito

Medicare Parte B  
P. O. Box 2525  
Jacksonville, FL 32231-0019

#### Proveedores participantes

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

#### Reclamaciones de quiropráctico

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

#### Reclamaciones de ambulancia

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

#### Medicare como pagador secundario

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

#### Reclamaciones ESRD

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

## Comunicaciones

### Solicitud redeterminaciones

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

### Solicitud de audiencias justas

Audiencias Medicare  
P.O. Box 45156  
Jacksonville FL 32232-5156

### Freedom of Information Act

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

### Audiencias juez de derecho administrativo

Q2 Administrators, LLC  
Parte B QIC South Operations. P.O. Box 183092. Columbus, Ohio 43218-3092  
Attn: Administration manager

### Estatus/preguntas generales

Correspondencia Medicare Parte B  
P. O. Box 2360  
Jacksonville, FL 32231-0018

### Sobrepagos

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

### Reclamaciones de (DME), prósticos u ortóticos

CSG Administrators, LLD  
P.O. Box 20010  
Nashville, Tennessee 37202  
1-866-270-4909

## Reclamaciones electrónicas

### (EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

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

### Desarrollo adicional

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

### Pasados 40 días de solicitud inicial: Envíe los cargos en cuestión, incluyendo información solicitada, como si fuera una nueva reclamación

Reclamaciones Medicare Parte B  
P. O. Box 2525  
Jacksonville, FL 32231-0019

## Misceláneo

Problemas de participación del proveedor y afiliación de grupo; solicitudes por escrito para UPIN, perfiles y tarifas fijas: inscripción en Medicare

P. O. Box 44021  
Jacksonville, FL 32231-4021

### Cambio de dirección del proveedor

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

## Educación al proveedor

### Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:

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

### Registro para eventos educativos

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

### Limitación de asuntos de cargos

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

### Verificación de reembolso:

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

### Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

Palmetto GBA  
Ferrocarril Medicare Parte B  
P. O. Box 10066  
Augusta, GA 30999-0001

### Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.  
Unidad de procesamiento de denuncias  
P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

## Números telefónicos

### Proveedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:  
1-866-454-9007

### Sistema de respuesta automática (IVR):

1-877-847-4992

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

FAX: 1-904-361-0696

### Beneficiario. Llamada gratis:

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

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

### Registro eventos educacionales (línea no gratiuta):

1-904-791-8103

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

### DME, reclamaciones ortóticas o próstéticas

Cigna Government Services  
1-866-270-4909

### Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

## Sitios Web de Medicare

### Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First Coast ), su contratista administrativo de Medicare

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

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

### Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

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

**Direcciones postales**

**Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general**

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

**Listas de influenza**

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

**Intercambio electrónico de datos (EDI)**

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

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

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

**Inscripción del proveedor**

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

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

**Cambio de dirección del proveedor:**

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

y

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

**Redeterminaciones**

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

**Redeterminaciones de sobrepago**

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

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

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

**Investigaciones del congreso**

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

**Educación al proveedor**

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

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

**Registro para eventos educativos:**

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

**Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril**

Palmetto GBA  
Railroad Medicare Part B  
P. O. Box 10066  
Augusta, GA 30999-0001

**Fraude y abuso**

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

**Determinaciones de cobertura local**

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

**Revisión médica postpago**

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

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

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

**Sitios Web de Medicare**

**Proveedores**

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

**Centros de Servicio de Medicare y Medicaid**

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

**Beneficiarios**

**Centros de Servicio de Medicare y Medicaid**

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

**Números telefónicos**

**Servicio al cliente proveedores**

1-866-454-9007

**Sistema de respuesta automática (IVR)**

1-877-847-4992

**Correo electrónico:**

[AskFloridaB@fcso.com](mailto:AskFloridaB@fcso.com)

FAX: 1-904-361-0696

**Servicio al cliente Beneficiarios**

1-800-MEDICARE

Impedimentos auditivos:

1-800-754-7820

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

**Registro de eventos educativos**

1-904-791-8103

**Intercambio electrónico de datos (EDI)**

1-888-670-0940

**Opción 1** -soporte a la transacción

**Opción 2** - soporte PC-ACE

**Opción 4** - soporte de inscripción

**Opción 5** - prueba 5010

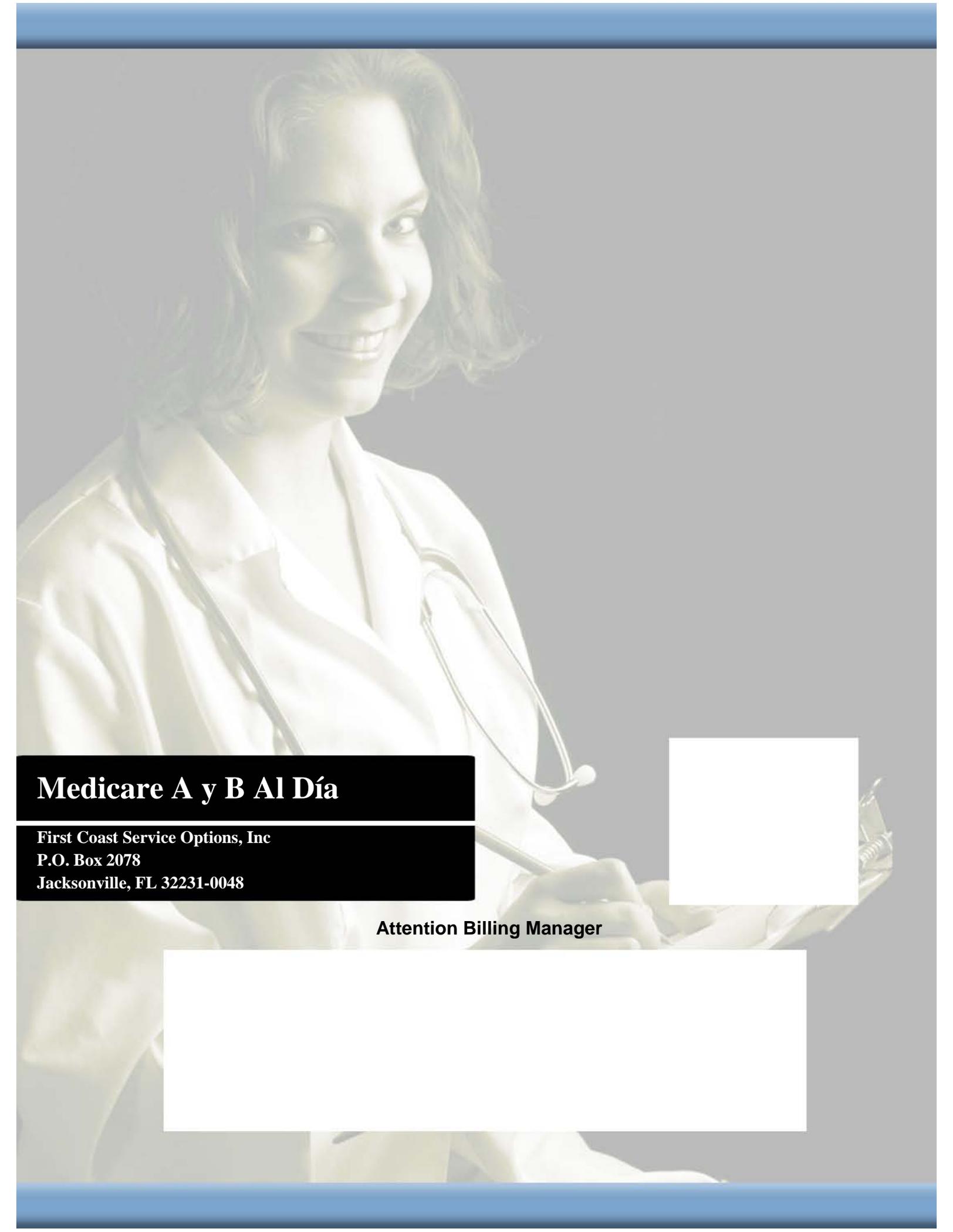
**Opción 6** - línea de respuesta automática

**DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas**

CSG Administrators, LLC  
1-866-270-4909

**Medicare Parte A**

Llamada gratis:  
1-888-664-4112



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**