

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Octubre 2013



Los proveedores están un paso adelante con las eNews de First Coast

Uno de los valores que destaca al Ashford Presbyterian Community Hospital, en San Juan, PR, es el firme compromiso para promover y proveer educación a los miembros de su personal el cual fomenta, no sólo el continuo crecimiento profesional, también el mejoramiento de la calidad de los servicios que prestan.

Un parte clave de la iniciativa educacional del hospital es asegurar que su personal permanezca informado de las políticas cambiantes y regulaciones de Medicare a través de la consistente divulgación de información. Las eNews de First Coast Service Options (First Coast) han sido una de sus principales herramientas para lograr este objetivo.

Los artículos informativos para el proveedor de Medicare han permitido que Luis Rodríguez Félix, supervisor de facturación, y Michelle Vargas, reclamadora de Medicare del hospital, estén al tanto de las notificaciones de manera regular, pues estos anuncian los cambios de importancia en el dinámico ambiente de Medicare. “Por ejemplo, a través de las eNews de First Coast nos enteramos de los cambios en las políticas médicas, cuáles son las tendencias en cuanto a la documentación y constantemente las comunicamos con nuestro departamento de Records Médicos.”, asegura Luis.

En esta edición

Factor de inflación de ambulancia 2014.....	3
Nueva guía de implementación en línea ICD-10.....	4
CMS actualiza los pagos de bonos	7
Redacción de HICN en MRN.....	7
Recursos de influenza estacional 2013-2014	8
Definición de “confinado en el hogar”	14
Reclamaciones E/M para nuevos pacientes	22
Código de adición NCCI para CPT 96361.....	23

El Ashford Presbyterian Community Hospital es uno de los hospitales en Puerto Rico que está a la vanguardia en el seguimiento de normas e implementación de modelos de calidad en cumplimiento con todas las provisiones de las

“ Estamos al tanto de los cambios en las políticas médicas a través de las eNews de First Coast que recibimos todas las semanas. ”

*– Luis Rodríguez Félix,
Supervisor de facturación*



Para el personal de facturación y cobro del Ashford Presbyterian Community Hospital, las eNews de First Coast han permitido detectar a tiempo posibles problemas en la facturación y evitar, en muchos casos, la denegación innecesaria de reclamaciones.

(Continúa en la página 8)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

CMS publica el factor de inflación de ambulancia para el 2014.....	3
CMS está revisando el impacto del cierre parcial en las regulaciones de tarifa fija.....	3
Medicare publica las normas para el paquete de pagos para el mejoramiento del cuidado.....	4
CMS publica nueva guía de implementación en línea de ICD-10.....	4
Denegaciones de inscripción cuando existe un pago en exceso.....	5
Solicitudes de aprobación previa para servicios de terapia.....	5
Representantes de servicio al cliente no pueden proporcionar el estado de reclamación.....	6
Actualización de códigos de categoría del estado de reclamación.....	6
CMS actualiza los pagos de bonos para áreas de escasez de profesionales de la salud.....	7
Redacción de HICN en MRN.....	7
Recursos de influenza estacional 2013-2014 para profesionales de la salud.....	8
MLN Connects™ Provider e-News de CMS.....	9

Próximos eventos educacionales.....	10
--	-----------

Parte A

Optimización de datos del beneficiario (BDS) de tarifa fija.....	11
Instrucciones temporeras para reclamaciones de pacientes hospitalizados de Parte B.....	12
CMS modifica el procesamiento de la edición 7272.....	12
Los hospitales deben confirmar antes del 30 de noviembre para recibir EHR 2013.....	13
Clarificación a la definición de “confinado en el hogar”.....	14

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	15
Rechazos más frecuentes.....	16
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....	17

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A.....	18
-------------------------------------	----

Contactos Parte A de Puerto Rico

Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	21
--	----

Parte B

Reclamaciones de E/M de Medicare para nuevos pacientes.....	22
Mejora de MREP.....	23
Corrección de la edición del código de adición de NCCI para el código CPT 96361.....	23
Resultados generalizados de la investigación: servicios de terapia facturados.....	24

Gráficos

Denegaciones más frecuentes.....	26
Preguntas más frecuentes.....	27
Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables.....	28

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B.....	29
-------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B

Contactos Parte B de Puerto Rico.....	32
---------------------------------------	----

Contactos Parte B de Florida

Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	34
---	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 10
Octubre 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.

Ambulancia

CMS publica el factor de inflación de ambulancia para el 2014



Número de *MLN Matters*: MM8452
Número de petición de cambio relacionado: 8452
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de septiembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2788CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente el factor de inflación de ambulancia (AIF) 2014 como el 1.00 por ciento.

Según lo requerido por el Affordable Care Act, CMS ajusta anualmente el índice de precio del consumidor (CPI-U) por la tasa de productividad multifactorial (MFP) para llegar al ajuste anual de inflación. Para el 2014, el MFP es 0.80 por ciento y el CPI-U para el 2014 es 1.80 por ciento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8452.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8452, 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/R2788CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2788, CR 8452

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

Facturación

CMS está revisando el impacto del cierre parcial en las regulaciones de servicios por tarifa fija de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están evaluando el impacto del cierre parcial del gobierno en la finalización de las regulaciones de pago por servicios de tarifa fija de Medicare del año calendario 2014.

CMS tiene la intención de emitir las reglas finales en o antes del 27 de noviembre de 2013, generalmente para ser efectivas el 1 de enero de 2014. Las regulaciones impactadas incluyen:

- Programa de Medicare; sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal, programa de incentivo de calidad, y equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (CMS-1526-F)
- Cambios al sistema de pago prospectivo de hospital de pacientes externos y el sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio del CY 2014 (CMS-1601-FC)
- Regla final del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar de CY 2014 (CMS-1450-F)
- Revisiones a las políticas de pago bajo tarifa fija y otras revisiones a la Parte B para la regla final con periodo de comentario de CY 2014 (CMS-1600-FC)

Fuente: CMS PERL 201310-03

Medicare publica las normas para el paquete de pagos para el mejoramiento del cuidado modelo 4

Número de *MLN Matters*: MM8070 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8070
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de junio de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1251OTN
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están conduciendo un programa piloto para poner a prueba el paquete de pagos por los servicios que reciben los pacientes durante un sólo episodio de cuidado, tal como una cirugía de revascularización cardíaca o un reemplazo de cadera. El programa de paquete de pagos para el mejoramiento del cuidado (BPCI) pretende animar a los doctores, hospitales, y otros proveedores del cuidado de la salud a trabajar juntos para coordinar mejor el cuidado de los pacientes.

CMS recientemente publicó las normas para los proveedores que están participando en su programa piloto BPCI modelo 4. El episodio de cuidado es definido como la hospitalización de cuidados intensivos e incluye servicios de hospitalización, servicios de la Parte B provistos durante la hospitalización, y servicios de hospital y Parte B para readmisiones relacionadas.

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

Los hospitales que participen en la iniciativa del modelo 4 recibirán un paquete de pago establecido de forma prospectiva de acuerdo con los grupos de diagnósticos severos relacionados de Medicare (Medicare severity diagnosis related groups, MS-DRG). Este pago incluirá el pago de DRG para el hospital y una cantidad fija para los servicios de Parte B anticipados a ser prestados durante la admisión.

El artículo de *MLN Matters*® MM8070, en el cual se basa este resumen, resume la implementación de la iniciativa del modelo 4 de Medicare. El artículo trata temas relacionados a readmisiones, transferencia de reclamaciones, remesa de pago, presentación de reclamaciones, y elegibilidad del beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8070.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8070, 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/R1251OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1251, CR 8070

ICD-10

CMS publica nueva guía de implementación en línea de ICD-10

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han desarrollado una [guía de implementación en línea de ICD 10](#) (en inglés) para ayudar a los proveedores del cuidado de la salud a prepararse para la transición de la novena edición del International Classification of Diseases (ICD) a ICD-10.

Esta herramienta basada en la Web incluye un panorama básico de ICD-10, así como una guía paso a paso sobre cómo hacer la transición a ICD-10 para los proveedores y las prácticas médicas de todos los tamaños. La guía en línea también incluye enlaces a recursos de ICD-10 de CMS y otras herramientas para ayudar con la transición a ICD-10.

ICD-10 permite una mayor especificidad y detalle en la descripción de diagnóstico de un paciente y en la clasificación de procedimientos de pacientes hospitalizados, por lo que el reembolso puede reflejar mejor la intensidad de la condición del paciente y las necesidades de diagnóstico. El conjunto de códigos del International Classification of Diseases (ICD) define las enfermedades, signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas, circunstancias sociales y causas externas de lesión o enfermedad.

Manténgase al día con CD-10 a través del [sitio Web de ICD-10 de CMS](#).

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

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

Inscripción del Proveedor

Denegaciones de inscripción cuando existe un pago en exceso

Número de *MLN Matters*: MM8039 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8039
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R479PI
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

Los contratistas de Medicare pueden denegar una solicitud de inscripción del formulario CMS-855 si el médico, profesional de la salud o suplidor le debe a Medicare por un pago en exceso al momento de solicitar la nueva inscripción o de presentar un cambio de propietario.

Los pagos en exceso son pagos de Medicare que un proveedor o beneficiario ha recibido en exceso

de las cantidades adeudadas y pagables bajo ley y reglamentos. El artículo completo de *MLN Matters*[®] describe las circunstancias en las que los contratistas de Medicare denegarán las solicitudes de inscripción.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8039.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8039, 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/R479PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 479, CR 8039

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

Servicios de Rehabilitación

Solicitudes de aprobación previa para servicios de terapia

First Coast sigue recibiendo el formulario de “**solicitud de preaprobación de los servicios de terapia por encima del límite de \$3700**” para la autorización previa de los servicios de terapia. En diciembre de 2012, First Coast notificó a los proveedores que la autorización previa para los servicios de terapia terminó el 17 de diciembre de 2012. First Coast le solicita que suspenda la presentación de solicitudes de aprobación previa para los servicios de terapia. Todas las líneas de teléfono de fax para este proyecto han sido suspendidas.

Las reclamaciones para las fechas de servicio del 1 de enero de 2013 que superan el límite de \$3,700 están sujetas a las revisiones prepago y/o postpago.

Efectivo el 1 de abril de 2013, los auditores de recuperación comenzaron el proceso de revisión de todas las reclamaciones de terapia que han superado el límite de \$3,700 dólares para el año. Cuando responda a las solicitudes de documentación adicional (ADR) para la revisión de las reclamaciones sobre el límite de \$3,700 dólares, presente la documentación médica al siguiente auditor de recuperación para la jurisdicción 9.

Connolly Healthcare
Attention: Medical Record Department
555 North Lane
Suite 6125
Conshohocken, PA 19428



racinfo@connolly.com
866-360-2507 (teléfono)
203-529-2995 (fax)

Para guía adicional sobre el proceso de revisión manual médica para las reclamaciones de terapia de 2013 por encima del límite de \$3,700 consulte *la portada de la edición de mayo de 2013 de Medicare A y B Al Día*.

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

Información General

Representantes de servicio al cliente no pueden proporcionar el estado de una reclamación a través de la línea de servicio de llamadas gratuitas

Las directrices de Medicare, específicamente, el manual electrónico (IOM) publicación 100-09, capítulo 6, sección 50.1 requieren que los proveedores llamen al sistema de respuesta automática (IVR) para obtener el estado de la reclamación. Los asociados de servicio, que responden a llamadas a través de nuestra línea de servicio de llamadas gratuitas, no pueden proporcionar el estado de la reclamación. Hacerlo constituiría una violación de las directrices de servicios de Medicare.

Los representantes de servicio al cliente (CSR) de First Coast Service Options (First Coast) continúan recibiendo un gran volumen de llamadas de proveedores que solicitan el estado de la reclamación. En la mayoría de los casos, las llamadas provienen de las entidades que representan a los proveedores de Medicare. Debido a que muchos proveedores han elegido subcontratar el seguimiento de las actividades de sus reclamaciones, pueden no estar al tanto de que las entidades que los representan están llamando a la línea de servicio de llamadas gratuitas CSR para el estado de las reclamaciones en lugar de utilizar el IVR.

Cuando se realizan llamadas para el estado de la reclamación a la línea de servicio de llamadas gratuitas CSR, se retrasa el tiempo de respuesta para otras llamadas que ingresan a nuestro centro de atención debido a que los asociados de servicios tratan de explicar a los clientes que el estado no puede ser emitido a través de la línea de servicio de consulta general. Es responsabilidad de los proveedores de Medicare notificar a las entidades que los representan que las consultas del estado de las reclamaciones deben hacerse a través del IVR o de nuestro nuevo portal de Internet **el SPOT**. Vea <http://medicareespanol.fcso.com/Landing/256960.asp>.

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

Actualización de códigos de categoría del estado reclamación y del estado de la reclamación

Número de *MLN Matters*: MM8446
 Número de petición de cambio relacionado: 8446
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de septiembre de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2792CP
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8446 explica que el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos los pagadores de beneficios del cuidado de la salud usen únicamente los códigos de categoría del estado reclamación y del estado de la reclamación aprobados por el comité nacional de mantenimiento de código para reportar el estado de la reclamación(es) presentada. Los códigos de propiedad no pueden ser utilizados en el X12 276/277 para reportar el estado de la reclamación.

Todos los códigos aprobados durante la reunión del comité en junio de 2013 serán publicados en o alrededor del 1 de noviembre de 2013, en <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes> y <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes>. La lista de códigos incluye la fecha cuando un código fue agregado, modificado o eliminado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8446.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8446, 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/R2792CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2792, CR 8446

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 actualiza los pagos de bonos para áreas de escasez de profesionales de la salud de 2014



Número de *MLN Matters*: MM8463
Número de petición de cambio relacionado: 8463
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de septiembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2794CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) pondrán a disposición en diciembre de 2013, el archivo de los pagos de bonos anuales para áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA) para los contratistas de Medicare (MAC) de 2014.

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

Los proveedores deben revisar la [página Web de HPSA](#) para determinar si el modificador AQ necesita ser añadido a cualquier reclamación por servicios provistos en una HPSA para poder recibir el pago de bono. La página de HPSA también incluye un enlace para que los proveedores revisen las últimas designaciones de HPSA. Los MAC continuarán aceptando el modificador AQ para reclamaciones de HPSA designadas parcialmente.

Los MAC utilizarán el archivo actualizado para pagar los pagos de bonos de HPSA en reclamaciones aplicables con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre 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/MM8463.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8463, 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/R2794CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2794, CR 8463

Redacción de HICN en MRN

Número de *MLN Matters*: MM8268
Número de petición de cambio relacionado: 8268
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de septiembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R1296OTN
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

En un esfuerzo para proteger la información de identificación personal, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están solicitando que todos los contratistas redacten el número de reclamación del seguro de salud (HICN) en la notificación de redeterminación de Medicare (MRN).

El HICN será redactado reemplazando cinco valores

o más del HICN con X o asteriscos (*) mostrando los últimos cuatro o cinco dígitos del HICN. Esto aplica a los HICN con dígitos alfa y numéricos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8268.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8268, 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/R1296OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1296, CR 8268

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

Los proveedores... (continuación)

normas de seguridad del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). El hospital hace seguimiento de las noticias y alertas de facturación e información sobre la cobertura del beneficiario. “Cuando recibimos las eNews de First Coast las comunicamos directamente con el facturador o el departamento al que le corresponda la información.”, explica Michelle quien a diario entrega un informe que refleja los cambios provenientes de las regulaciones.

El hospital vuelve a las aulas

En enero de 2012, Ashford Presbyterian Community Hospital, creó “La Escuelita” como parte de su iniciativa de mejoramiento continuo. Esta idea partió de la necesidad de establecer mejores canales de comunicación entre el personal de facturación y los diferentes departamentos. El hospital actualmente cuenta con aproximadamente 350 médicos y profesionales de la salud en prácticamente todas las especialidades y subespecialidades médicas por lo cual es necesario determinar mensajes unificados para el área correspondiente.

Las eNews de First Coast representan, para el departamento de facturación, información útil y de fácil acceso. “Cuando recibimos artículos adicionales simplemente reenviamos el correo electrónico al departamento correspondiente y si existe alguna duda discutimos el tema más a fondo” dice Vargas.

Durante las sesiones de “La Escuelita” en el hospital, Michelle distribuye las eNews de First Coast entre los asistentes. “Las nuevas publicaciones son comunicadas a todo el personal que desempeña un rol importante dentro un determinado proceso. A las reuniones asisten incluso enfermeras y doctores” asegura Luis.

Para mantenerse al tanto sobre las noticias de Medicare y recibir información de acuerdo con sus preferencias, suscríbese a las [eNews de First Coast Service Options \(First Coast\)](#).

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

Recursos de influenza estacional 2013-2014 para profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: SE1336

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 para el control y la prevención de enfermedades (CDC) recomiendan una vacunación anual contra la gripe como el primer y más importante paso en la protección contra el virus de la gripe. Medicare paga por la vacuna y su administración para los beneficiarios de Medicare sin copago ni deducible.

- Tome ventaja de cada visita al consultorio como una oportunidad para animar a sus pacientes para protegerse de la gripe estacional y las complicaciones graves recibiendo la vacuna contra la gripe estacional.
- Continúe ofreciendo la vacuna contra la gripe estacional siempre y cuando usted tenga la vacuna disponible, incluso después de Año Nuevo.
- No olvide su inmunización y la de su personal.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han desarrollado una variedad de recursos educativos para ayudar a que los profesionales del cuidado



de la salud del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare comprendan la cobertura, codificación, facturación y directrices de reembolso para las vacunas contra la gripe estacional y su administración.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1336.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1336

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 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, 26 de septiembre de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-09-26-final.pdf>

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 17 de octubre de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-10-17-eneews.pdf>

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 24 de octubre de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-10-24-eneews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201309-05, 201310-02, 201310-04

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).

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Noviembre de 2013

Problemas de E/M: ¿Su documentación justifica 99215?

Cuando: 20 de noviembre de 2013

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

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

- 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: _____

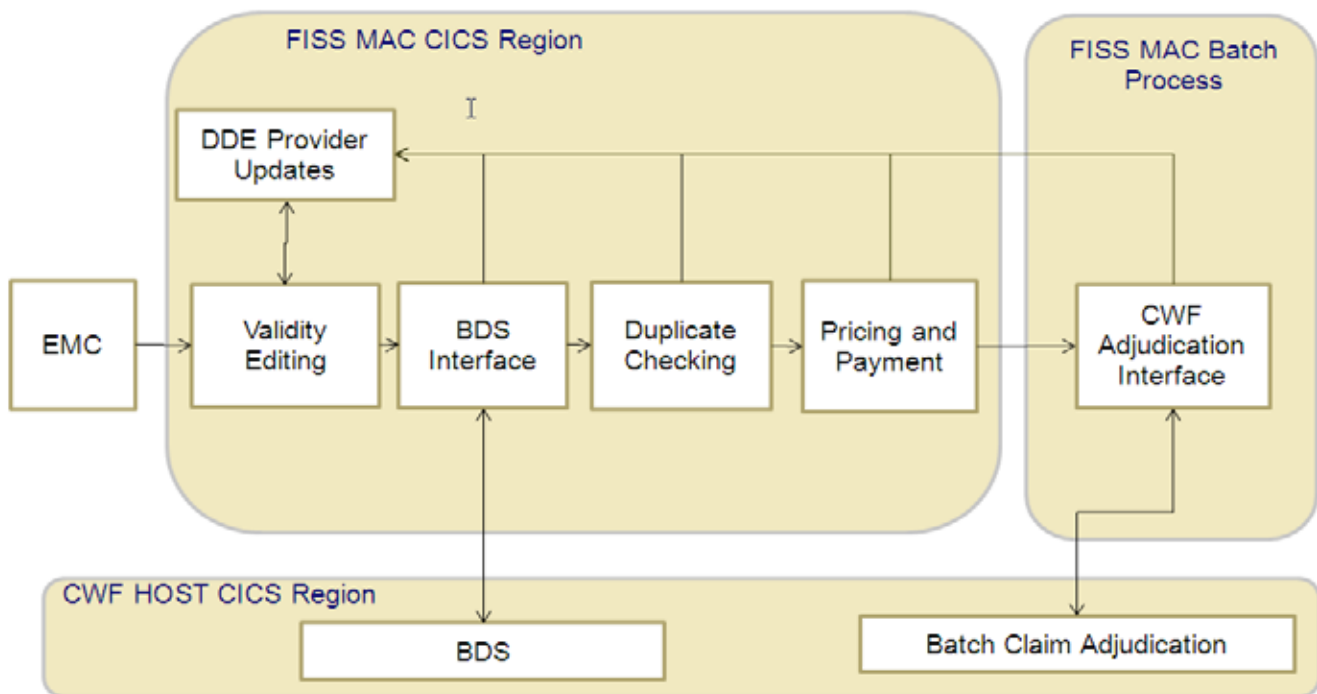
Ciudad, estado, código postal: _____

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

Optimización de datos del beneficiario (BDS) de tarifa fija

Para mejorar la eficiencia en el procesamiento de la reclamación, la funcionalidad de elegibilidad de tarifa fija (FFS) fue consolidada y está accesible al principio del proceso de adjudicación de la reclamación. Esta verificación de elegibilidad es conocida como optimización de datos del beneficiario de tarifa fija (FFS BDS). Esta verificación será realizada temprano en el proceso de la reclamación y como resultado, **las reclamaciones pasarán a través del sistema de BDS antes de ser enviadas al CWF**. Anteriormente, la verificación de elegibilidad era realizada más tarde en el procesamiento de la reclamación. La meta del BDS es eliminar el procesamiento duplicado o innecesario. La siguiente ilustración demuestra cómo el BDS se adapta al entorno de procesamiento de la reclamación:



BDS llegará al CWF existente de códigos de error de modificación de elegibilidad, los cuales son:

5050, 5052, 5053, 5054, 5055, 5056, 5057, 5058, 5059, 5200, 5210, 5211, 5212, 5220, 5231, 5232, 5233, 5234, 5235, 5236, 5244, 5245, 524Z, 525Z, 538H, 538K, 538Q, 6801, 6802, 6803, 6805, 6806, 6810, 6811, 6812, 6815, 6819, 6821, 6822, 6825, 6826, 6830, 6831, 6832

Nota: Estos códigos de error no son nuevos. Verifique el estatus de la reclamación en la pantalla de acceso al sistema remoto (DDE):

S – Suspendida: Verificación de elegibilidad aún está en progreso

R – Rechazo: Ajuste/corrija las reclamaciones y vuelva a presentar para procesamiento

Instrucciones temporeras para reclamaciones de pacientes hospitalizados de la Parte B

Número de *MLN Matters*: SE1333 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) 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 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

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 modifica el procesamiento de la edición 7272 para la transferencia del traslado postagudo

Número de *MLN Matters*: SE1335
 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 modificaron el procesamiento del traslado postagudo en el sistema del archivo común de trabajo (CWF) de una reclamación de hospital en el sistema de pagos prospectivos (IPPS) de un paciente hospitalizado para asegurar que la edición 7272 de la transferencia CWF A/B sigue las normas de procesamiento del traslado.

La edición 7272 de la transferencia CWF A/B para el traslado al hogar de los servicios de salud en el hogar estaba usando la fecha de inicio del episodio de salud en el hogar en lugar de la primera fecha de servicio en el ítem de línea de la fecha de salud en el hogar seguido por un alta médica de IPPS de hospital para determinar si existe un traslado postagudo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1335.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1335

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.

EHR

Los hospitales deben confirmar antes del 30 de noviembre para recibir el pago de incentivo de EHR 2013



Los hospitales elegibles y los hospitales de cuidado crítico (CAH) enfrentan una fecha límite importante el 30 de noviembre de 2013, para participar en el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare.

Los hospitales elegibles y los CAH que todavía se tienen que inscribir para el programa de EHR deben hacerlo antes del 30 de noviembre de 2013 para evitar un ajuste de pago negativo para el año fiscal 2015. Aquellos hospitales, que se registren este año, tendrán que demostrar el uso significativo de los registros de salud electrónicos por un periodo de 90 días en 2014 para evitar el ajuste.

Los ajustes de pago serán aplicados comenzando desde el 1 de octubre de 2014, para los hospitales elegibles de Medicare que no se hayan registrado o no hayan demostrado uso significativo exitosamente. Los Centros

de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) basan el ajuste en el periodo de reporte del hospital de un año anterior. Para aprender más lea la [hoja de sugerencias de ajuste de pago del hospital elegible](#).

Los hospitales que se inscribieron para el programa de EHR de Medicare en años anteriores tienen que confirmar que han cumplido con el estándar de uso significativo para la fecha respectiva para poder recibir pagos de incentivo en 2015. Una vez los hospitales comiencen a participar en el programa de incentivo de EHR de Medicare, tienen que continuar demostrando uso significativo cada año para evitar ajustes de pago en años subsiguientes.

Revise [esta línea de tiempo de tecnología de información de salud de CMS](#) para ver todas las fechas límite para los proveedores de salud que están participando en los programas de incentivo de EHR de Medicare.

Para más información sobre el programa de incentivo de EHR de Medicare, visite la [página Web del programa de incentivo de EHR de Medicare aquí](#).

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.

Entérese primero: Suscríbese a eNews de First Coast

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas - línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que eNews de First Coast sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

Información General

Clarificación a la definición de “confinado en el hogar” del manual de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM8444

Número de petición de cambio relacionado: 8444

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

Fecha de efectividad: 19 de noviembre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R172BP

Fecha de implementación: 19 de noviembre de 2013

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una clarificación sobre lo que significa para los beneficiarios de Medicare estar “confinado en el hogar.”

De acuerdo con CMS, la nueva definición refleja con más precisión la definición articulada en la Sección 1835(a) del Social Security Act (el Acta). Para propósitos de la ley, un individuo puede ser considerado “confinado en el hogar” (limitado al hogar) si se cumplen los siguientes criterios:

- El paciente debe:
 - Debido a enfermedad o lesión, necesitar la ayuda de dispositivos de apoyo tales como muletas, bastones, sillas de ruedas, y andadores; el uso de transportación especial; o la asistencia de otra persona para poder salir de su lugar de residencia; o,
 - Tener una condición tal que el salir de su hogar está médicamente contraindicado.

Si el paciente cumple con una de estas condiciones, entonces el paciente también debe cumplir con cada uno de los siguientes requerimientos.

- Debe existir una incapacidad normal para salir del hogar; y,
- Salir del hogar debe requerir un esfuerzo considerable y agobiante.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8444.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8444, 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/R172BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 172, CR 8444

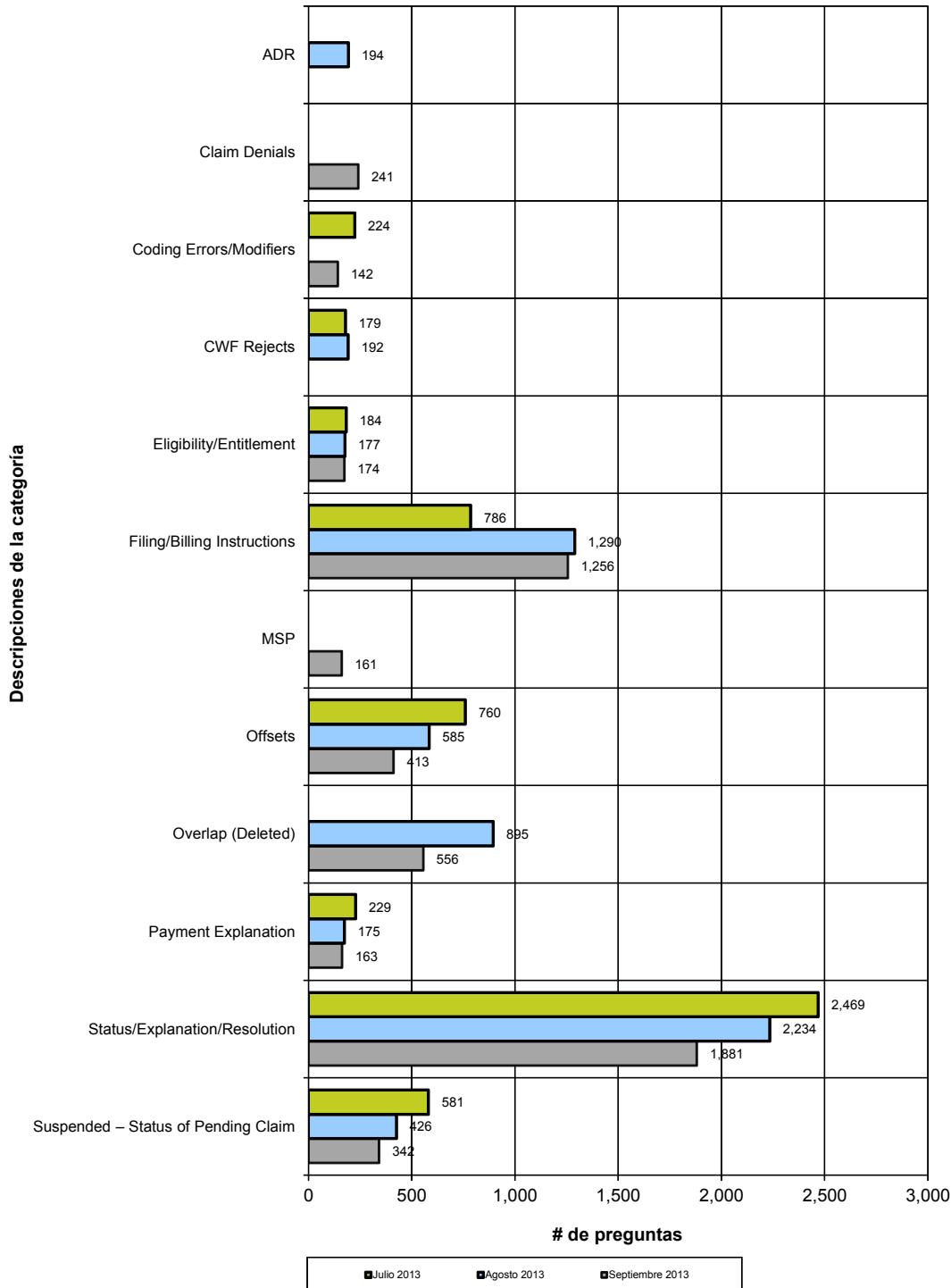
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en julio - septiembre de 2013

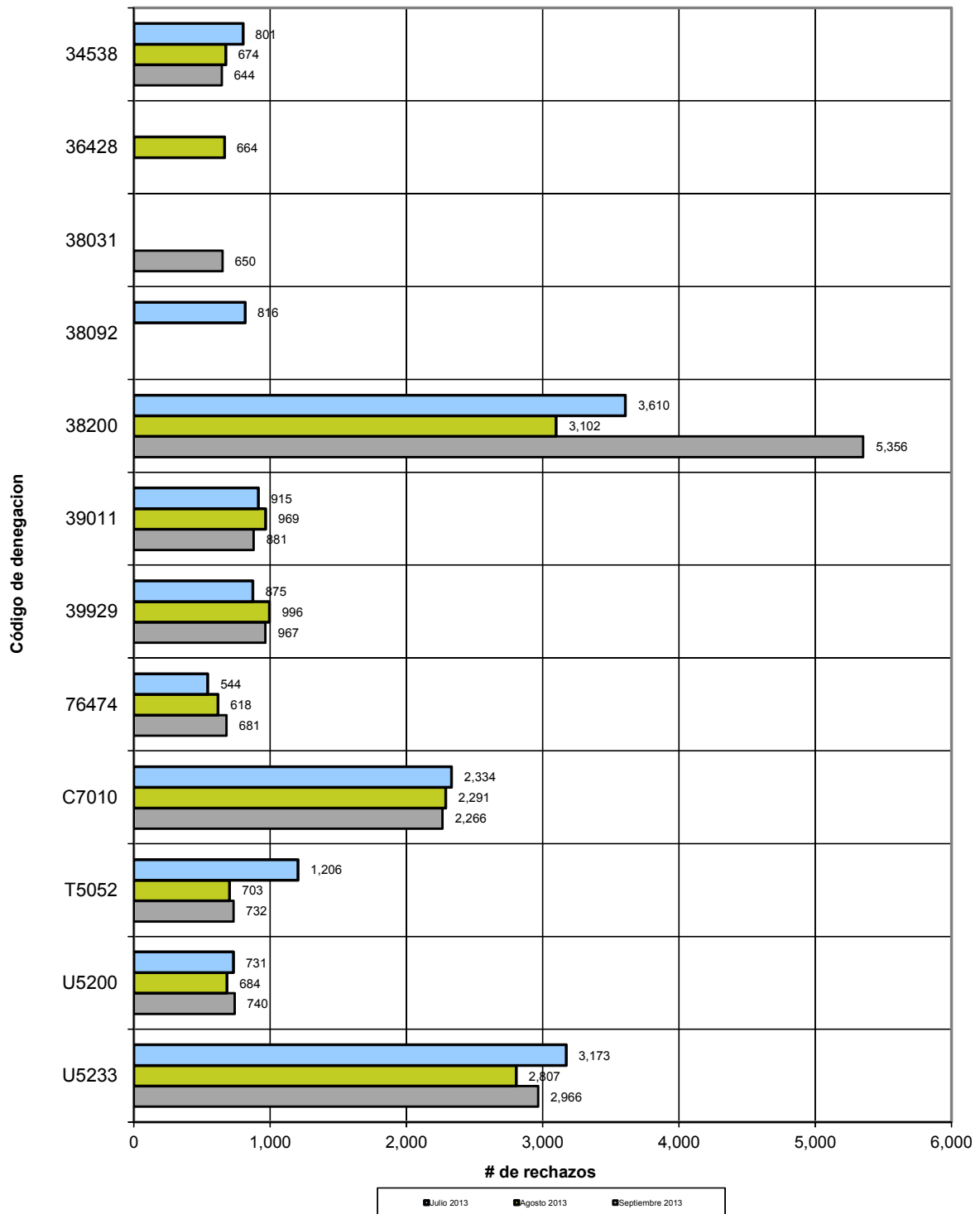
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

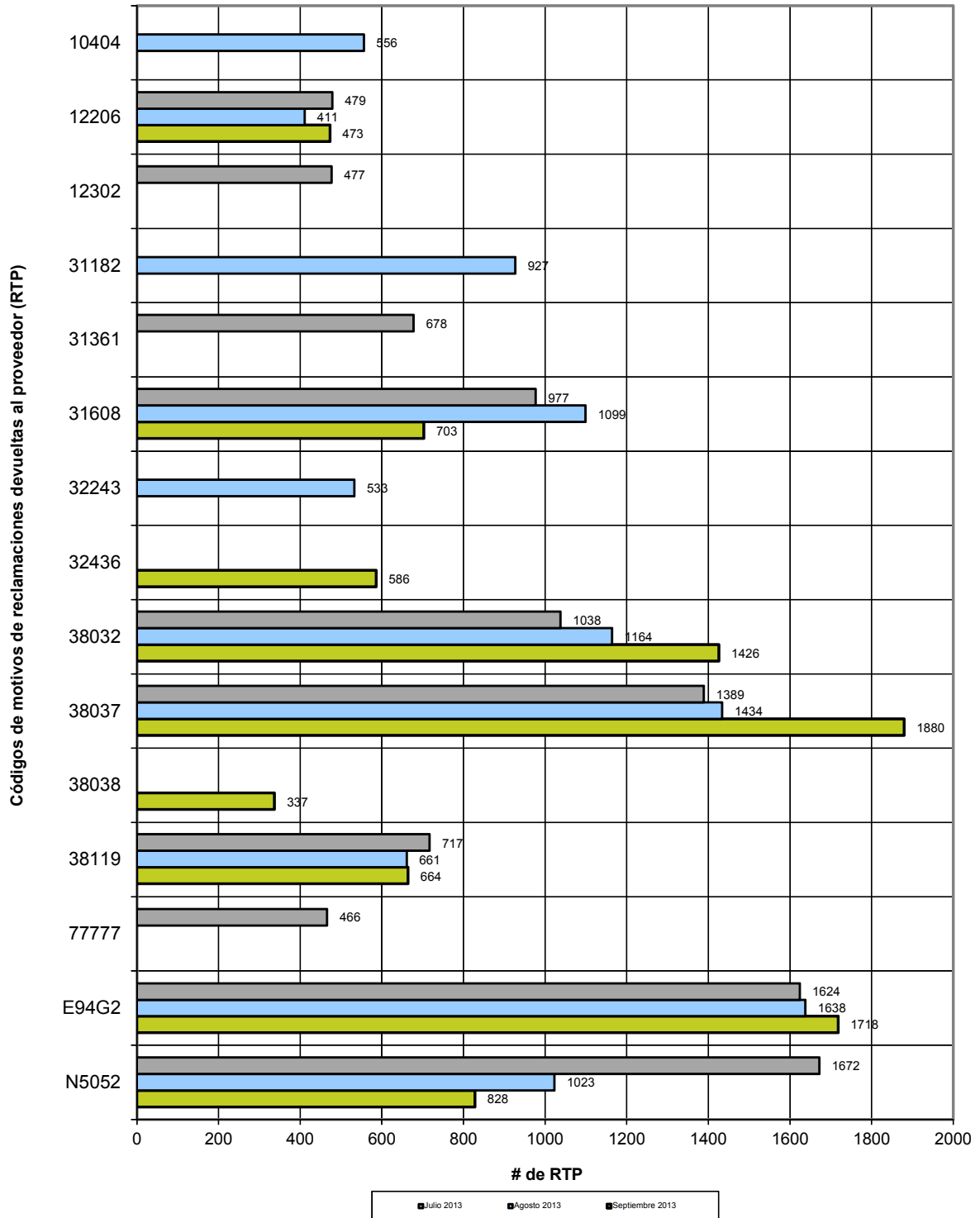
Preguntas de Parte A más frecuentes en julio-septiembre de 2013



Rechazos más frecuentes de Parte A en julio -septiembre de 2013



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en julio-septiembre de 2013



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Psychiatric partial hospitalization program 19

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Psychiatric partial hospitalization program – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28973 (Florida)

Identificador de LCD: L28975 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el programa de hospitalización parcial psiquiátrica fue más recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity” de la LCD bajo “Program Criteria/Outpatient Hospital” para revisar la redacción para incluir al profesional de la salud (NPP).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 5 de septiembre 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, 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**.

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

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:
www.cms.gov

Beneficiarios:
www.medicare.gov

Información General

Reclamaciones de E/M de Medicare para nuevos pacientes

Según previamente anunciado con [MM8165](#), Medicare implementó una modificación al sistema de archivo común de trabajo para identificar las reclamaciones donde más de una visita de paciente nuevo estaba siendo facturada para el mismo paciente dentro de tres años. Las pautas de Medicare sólo permiten una visita de paciente nuevo por el mismo proveedor o diferentes proveedores en el mismo grupo con la misma especialidad, dentro de un periodo de tres años. Esta pauta está descrita en **100-04 Capítulo 12 Sección 30.6.7A**.

En adición a esta nueva modificación, el archivo común de trabajo ha establecido una modificación adicional la cual identifica reclamaciones en las cuales una visita de paciente establecido estaba facturada antes de una visita de paciente nuevo dentro de un periodo de tres años. Esta modificación falla cuando el proveedor que presta el servicio en la reclamación con la visita del paciente establecido es el mismo que el proveedor que presta el servicio en la reclamación con la visita inicial del paciente.

Como resultado de estas nuevas modificaciones, usted puede comenzar a ver servicios denegados en la presentación de la reclamación original o usted puede recibir una solicitud de pago en exceso.

Si usted recibe esta denegación en una visita de paciente nuevo (no una solicitud de pago en exceso) y usted determina que el código de procedimiento debió haber sido presentado como una visita establecida, usted simplemente puede llamar al sistema de respuesta automática (IVR) y solicitar una reapertura. Información adicional de reapertura del IVR puede ser encontrada [haciendo clic aquí](#). Si usted no quiere usar el IVR para esto, usted tiene la opción de enviar una nueva reclamación o presentar una solicitud de reapertura por escrito.

Nota: Presentar una nueva reclamación por la visita revisada de E/M establecida no resultará en una duplicación de la denegación ya que el código de la visita original no fue pagado.

CMS ha ordenado que los contratistas soliciten pagos en exceso sobre las reclamaciones que fueron pagadas previamente cuando:

- Una visita de paciente establecido fue facturada antes de una visita inicial dentro de un periodo de tres años por el mismo proveedor que presta el servicio; o
- Más de una visita de paciente nuevo fue facturada dentro de un periodo de tres años por el mismo proveedor o diferentes proveedores en el mismo grupo con la misma especialidad.

Estas nuevas modificaciones de sistema fueron activadas el 1 de octubre. Un gran número de reclamaciones pagadas han sido identificadas como pagos en exceso debido a las pautas anteriores. Como resultado, First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha iniciado la recuperación de pagos indebidos relacionados con estas reclamaciones. Los proveedores impactados pronto estarán recibiendo una carta de pago en exceso. Para asistir a los proveedores con las preguntas que puedan tener relacionadas a estas nuevas pautas, estamos proveyendo las siguientes preguntas y respuestas:

P: ¿Puedo apelar mi pago en exceso?

R: Sin duda usted tiene el derecho de apelar cualquier pago en exceso. Sin embargo, el descubrimiento del pago en exceso es probable que sea confirmado ya que las pautas de Medicare no permiten más de una visita de paciente nuevo dentro de tres años. También, Medicare no permite el pago para la visita de un paciente nuevo facturada después de una visita de paciente establecido por el mismo proveedor que presta el servicio.

P: ¿Puedo presentar una solicitud para cambiar mi visita de paciente nuevo (que generó el pago en exceso) para una visita de paciente establecido?

R: Sí, usted puede presentar una solicitud de reapertura por escrito para cambiar su visita de paciente nuevo a un código de visita de paciente establecido si este es el servicio que realmente fue realizado. En su solicitud de reapertura, usted debe decirnos el código de visita establecida específico que usted quiere que cambiemos en su reclamación. Usted debe tomar en cuenta que probablemente todavía habrá un exceso de pago ya que normalmente las visitas de pacientes establecidos conceden menos que las visitas de pacientes nuevos. Usted también debe notar que si usted escoge facturar otro código de visita de paciente nuevo dentro de un periodo de tres años, ocurrirá otro sobre pago.

P: Yo inicialmente facturé una reclamación con una visita de paciente establecido por error antes de facturar mi reclamación para la visita inicial. Como resultado recibí una carta de pago en exceso. ¿Puedo corregir ambas reclamaciones?

R: Sí, usted puede corregir ambas reclamaciones. En su primera reclamación la cual continuó la visita de paciente establecido, usted simplemente puede llamar al IVR y solicitar una reapertura. Sólo se le

(Continúa en la página siguiente)

Reclamaciones... (Continuación)

permite solicitar una reapertura si la reclamación fue procesada dentro del periodo anterior de 12 meses. Si han pasado más de 12 meses, no se debe presentar una reapertura.

Para corregir su segunda reclamación, usted necesitaría presentar una solicitud por escrito e indicar el procedimiento correcto que debió ser facturado originalmente en su reclamación. Es probable que todavía deba un pequeño pago en exceso ya que los códigos de visita de paciente establecido conceden menos que los códigos de visita de paciente nuevo.

Webcast llevado a cabo el 25 de octubre

First Coast también ha programado un webcast para discutir este asunto. Para más información [haga clic aquí](#).

Fuente: CR8165

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

Mejora de MREP

Número de *MLN Matters*: MM8467

Número de petición de cambio relacionado: 8467

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de septiembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2795CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrecen a los proveedores y suplidores el software libre de costo, Medicare Remit Easy Print (MREP), para ver e imprimir las remesas de pago electrónicas (ERA) conformes con HIPAA (es decir, Transacción 835 - Health Care Claim Payment/Advice).

La petición de cambio (CR) 8467 anuncia los siguientes cambios al diseño de la remesa de pago de Medicare Remit Easy Print (MREP):

- Remueve la línea en blanco después de cada conjunto de detalles de línea de la reclamación
- Añade la cantidad de ajuste (CARC-AMT) del código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) a los campos de subtotales para cada reclamación

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8467.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8467, 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/R2795CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2795, CR 8467

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.

Corrección de la edición del código de adición de NCCI para el código CPT® 96361

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) corrigieron las ediciones del código de adición, las cuales amplían la lista de los códigos primarios para el código de adición 96361 del *Current Procedural Terminology (CPT®)* a los códigos CPT® 96360, 96365, 96374, 96409 y 96413. Este cambio es retroactivo al 1 de abril de 2013. Debido al volumen de las reclamaciones impactadas, First Coast Service Options Inc. (First Coast) está ajustando automáticamente estas reclamaciones. First Coast anticipa que todos los ajustes se completarán a más tardar el 31 de diciembre.

Resultados generalizados de la investigación: servicios de terapia facturados por medicina física y médicos de rehabilitación

First Coast Service Options Inc. (First Coast) condujo una revisión generalizada de la investigación (WSP) en respuesta al patrón de facturación irregular de los códigos CPT® 97032 (*Aplicación de una modalidad a una o más áreas; estimulación eléctrica [manual], cada 15 minutos*); 97035 (*Aplicación de una modalidad a una o más áreas; ultrasonido, cada 15 minutos*) y 97124 (*Procedimiento terapéutico, una o más áreas, cada 15 minutos; masaje incluyendo las técnicas effleurage, petrissage y/o tapotement [impresión, compresión, palpación]*) facturadas por especialidad 25 (medicina física y de rehabilitación) en Puerto Rico. Los resultados de la investigación generalizada produjeron una tasa de error de reclamación del 62 por ciento. La razón más común para asignar un error fue insuficiente documentación, incluyendo el no cumplir con los requisitos de documentación específica de Medicare para los servicios de terapia. Como resultado de los hallazgos de la investigación generalizada, First Coast ha puesto en marcha una edición de la revisión médica para servicios de terapia que fueron facturados por medicina física y médicos de rehabilitación en Puerto Rico.

El siguiente es un breve resumen de los requisitos de Medicare para servicios de terapia. Los servicios de terapia se pagarán cuando la historia clínica y la información en el formulario de la reclamación reporte, consistentemente y con exactitud, los servicios de terapia cubiertos. La documentación debe ser legible, relevante y suficiente para justificar los servicios facturados.

El paciente que recibe servicios de terapia ambulatorio debe estar bajo el cuidado de un médico/profesional de la salud (NPP). NPP significa un asistente médico, enfermera clínica especialista o enfermera practicante, que podrá, si las leyes estatales y locales lo permiten, y cuando se sigan las reglas apropiadas, proveer, certificar o supervisar los servicios de terapia.

Los servicios de terapia **deben** estar relacionados directa y específicamente a un plan de tratamiento escrito. El plan (también conocido como un plan de atención o plan de tratamiento) **debe** ser establecido antes de iniciar el tratamiento. El plan se establece cuando se está desarrollando (por ejemplo, escrito o dictado). La firma y la identidad profesional (por ejemplo, MD, OTR/L) de la persona que creó el plan, y la fecha en que se estableció **deben** de registrarse en el plan.

El plan de atención deberá contener, como mínimo, la siguiente información según estipula la regla (42 CFR 424.24 y 410.61) Ver Pub. 100-02, Capítulo 15, sección 220.3 para más requerimientos de documentación).

- *Diagnóstico*
- *Las metas a largo plazo del tratamiento; y*
- *Tipo, cantidad, duración y frecuencia de los servicios de terapia*

El plan de atención deberá ser coherente con la evaluación relacionada, puede ser anexado y se considera incorporado en el plan. El plan debe esforzarse por proporcionar el tratamiento de la manera más eficiente y eficaz, equilibrando el mejor resultado alcanzable con los recursos adecuados. Las metas a largo plazo del tratamiento deben ser desarrolladas para el episodio completo de cuidado y no sólo por los servicios prestados bajo un plan para un intervalo de cuidados en el establecimiento actual. Cuando se anticipa que el episodio de atención es lo suficientemente extenso para requerir más de una certificación, los objetivos a largo plazo pueden ser específicos para la parte del episodio que está siendo certificada. Las metas deben ser medibles y se refieren a determinadas deficiencias funcionales. Cuando los episodios en el establecimiento son cortos, es posible que no se logren los objetivos medibles, la documentación debe indicar las razones clínicas del progreso que no se puede mostrar. El tipo de tratamiento puede ser PT, OT, o SLP, o, cuando sea apropiado, el tipo puede ser la descripción de un determinado tratamiento o intervención. Cuando un médico/NPP establece un plan, el plan debe especificar el tipo (PT, OT, SLP) de terapia planeada.

Varias entidades podrán solicitar la documentación para apoyar los servicios facturados al programa Medicare (por ejemplo, el contratista administrativo de Medicare [MAC], el programa de pruebas integrales de tasas de error [CERT], el contratista de recuperación de auditoría [RA], el programa de zona de integridad del contratista [ZPIC], o la oficina de inspector general [OIG]). La siguiente documentación **debe** ser presentada en respuesta a una solicitud de documentación, a menos que el contratista que la solicita especifique lo contrario.

- Evaluación y plan de atención (POC) (puede ser uno o dos documentos). Incluir la evaluación inicial y cualquier re-evaluación importante para el episodio que está siendo examinado; Certificación (médico/NPP aprobación del plan) y recertificación cuando se solicitaron los registros después del vencimiento de la certificación/recertificación;
- Los reportes de progreso (incluyendo notas de dar de alta, si procede) cuando se solicitan los registros después del vencimiento de los informes;
- Notas de tratamiento para cada día de tratamiento (también puede servir como informes de progreso cuando

(Continúa en la página siguiente)

Resultados... (Continuación)

la información requerida está incluida en las notas). Las notas diarias del tratamiento deben indicar las modalidades individuales realizadas ese día. Deben ser documentadas en un acta para cada modalidad que representa un código basado en el tiempo y se debe documentar el tiempo total de tratamiento; y

- Puede ser incluida una declaración separada de justificación ya sea como un documento separado, o dentro de los otros documentos si lo desea proveedor/abastecedor para asegurar que el contratista entienda la razón por la cual los servicios son más amplios que en el tratamiento de una condición típica. Una declaración por separado no es necesaria si el registro justifica un tratamiento sin más explicaciones. Si se espera que el paciente supere el límite de la terapia, el registro debe indicar claramente la necesidad médica del paciente para recibir servicios cubiertos por encima del límite.

Nota: El uso excesivo del modificador KX (Requerimientos especificados que se han cumplido en la política médica) puede indicar facturación incorrecta.

Los servicios de terapia tienen su propio beneficio bajo la sección 1861 del Social Security Act ("the Act") y se cubrirán cuando se proporcionen de acuerdo con las normas y condiciones del beneficio descrito en los manuales de Medicare. El estatuto 1862 (a) (20) del acto requiere que el pago sea hecho por un servicio de terapia facturado por un médico/NPP sólo si el servicio cumple con los estándares y condiciones - distinto de licencias - que se aplicarían a un terapeuta.

Medicare está autorizado a pagar **sólo** por los servicios prestados por personas formadas específicamente en terapia física, terapia ocupacional o patología del habla-lenguaje. Esto significa que los servicios de entrenadores deportivos, masajistas, terapeutas recreativos, kinesioterapeutas, especialistas en visión baja o cualquier otra profesión no pueden ser facturados como servicios de terapia cubiertos.

Además, no hay cobertura para los servicios prestados "incidente" al servicio de un terapeuta. Aunque los asistentes de fisioterapeutas PTA y asistentes de terapia ocupacional OTA trabajan bajo la supervisión de un terapeuta y sus servicios pueden ser facturados por el terapeuta, sus servicios están cubiertos bajo el beneficio de servicios de terapia y no por el beneficio de los servicios "incidente a" un médico/NPP. Los servicios prestados por los PTA y OTA no son incidentes a los servicios del terapeuta. Un fisioterapeuta debe supervisar a los PTA y un terapeuta ocupacional debe supervisar a los OTA. El nivel y la frecuencia de la supervisión difieren por establecimiento (y por ley estatal o local). La supervisión general se requiere para los PTA en todos los establecimientos, excepto la práctica privada (lo cual requiere la supervisión directa) a menos que los requisitos estatales de práctica sean más estrictos, en cuyo caso los requisitos estatales o locales deben ser seguidos.

El servicio de los PTA y OTA no se facturarán como servicios "incidente" a un médico/NPP, debido a que no cumplen con las calificaciones de un terapeuta. Solamente los servicios proporcionados por un terapeuta con licencia, o una persona que ha completado un programa de estudios acreditado PT o OT y están calificados para obtener la licencia podrán prestar servicios "incidente" al médico/NPP.

Se anima a que los proveedores revisen los requisitos que se encuentran la determinación de cobertura local [L29399](#) de First Coast de los servicios de Terapia y Rehabilitación (Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos) así como los requerimientos que se encuentran en el manual único de Internet (IOM), [Pub. 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Capítulo 15, Secciones 220-230](#).

Información adicional

Visite el sitio web de First Coast Medicare del proveedor en la página de [servicios de rehabilitación](#) para las noticias más recientes sobre los servicios de terapia. Para más información sobre los próximos eventos educativos relacionados con los servicios de terapia visitar el [calendario de eventos](#).

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

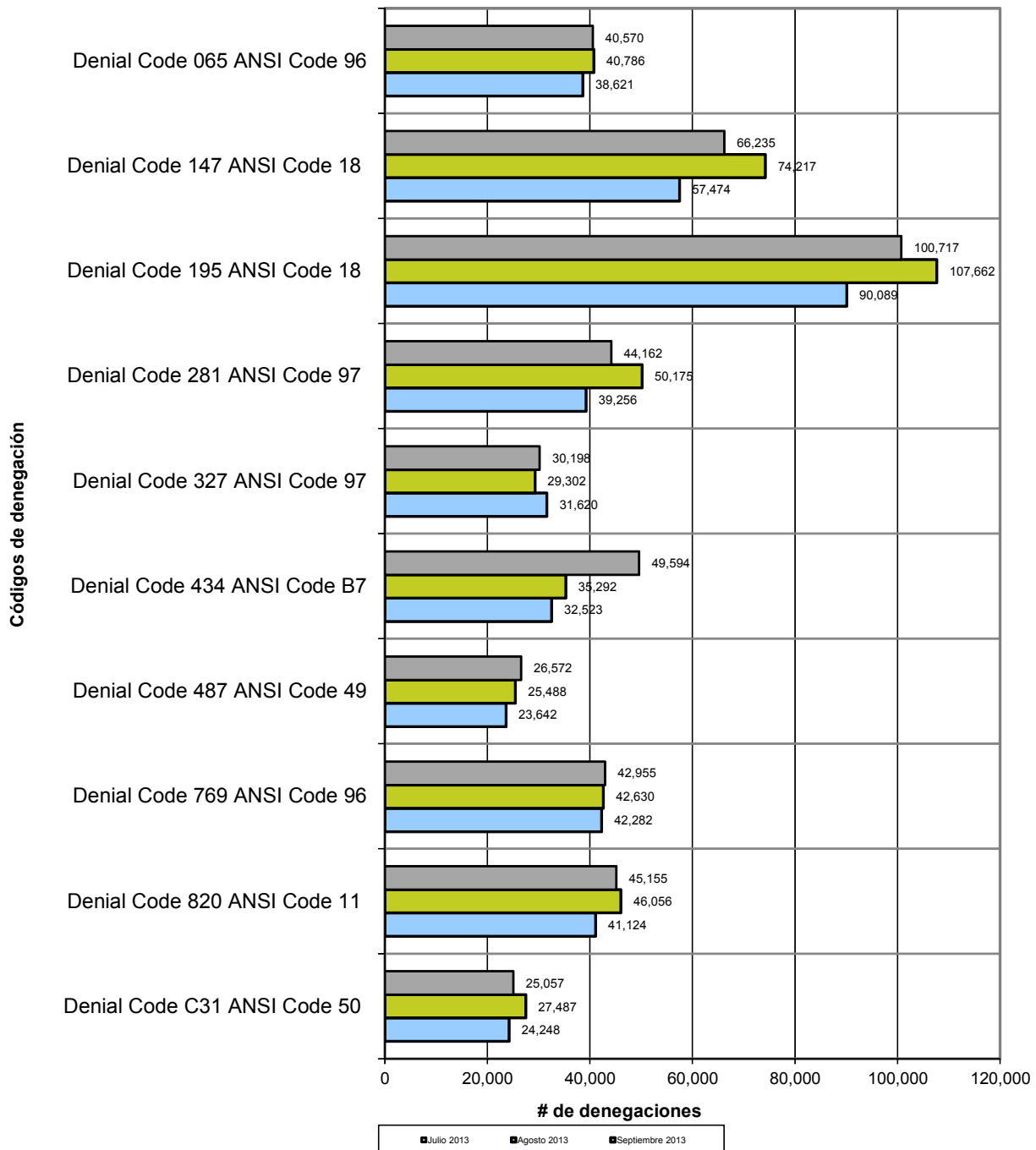


Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en julio - septiembre de 2013

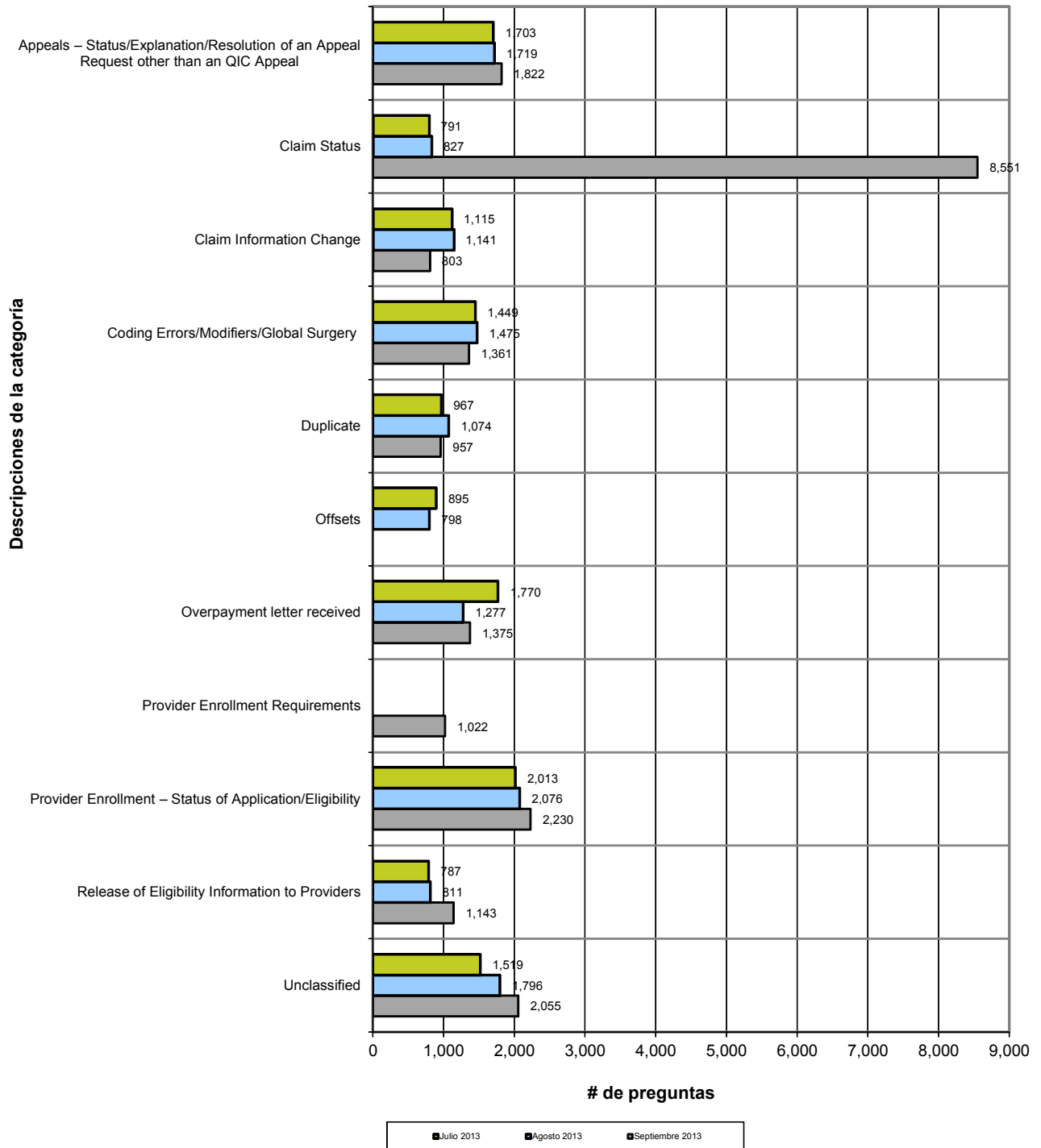
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

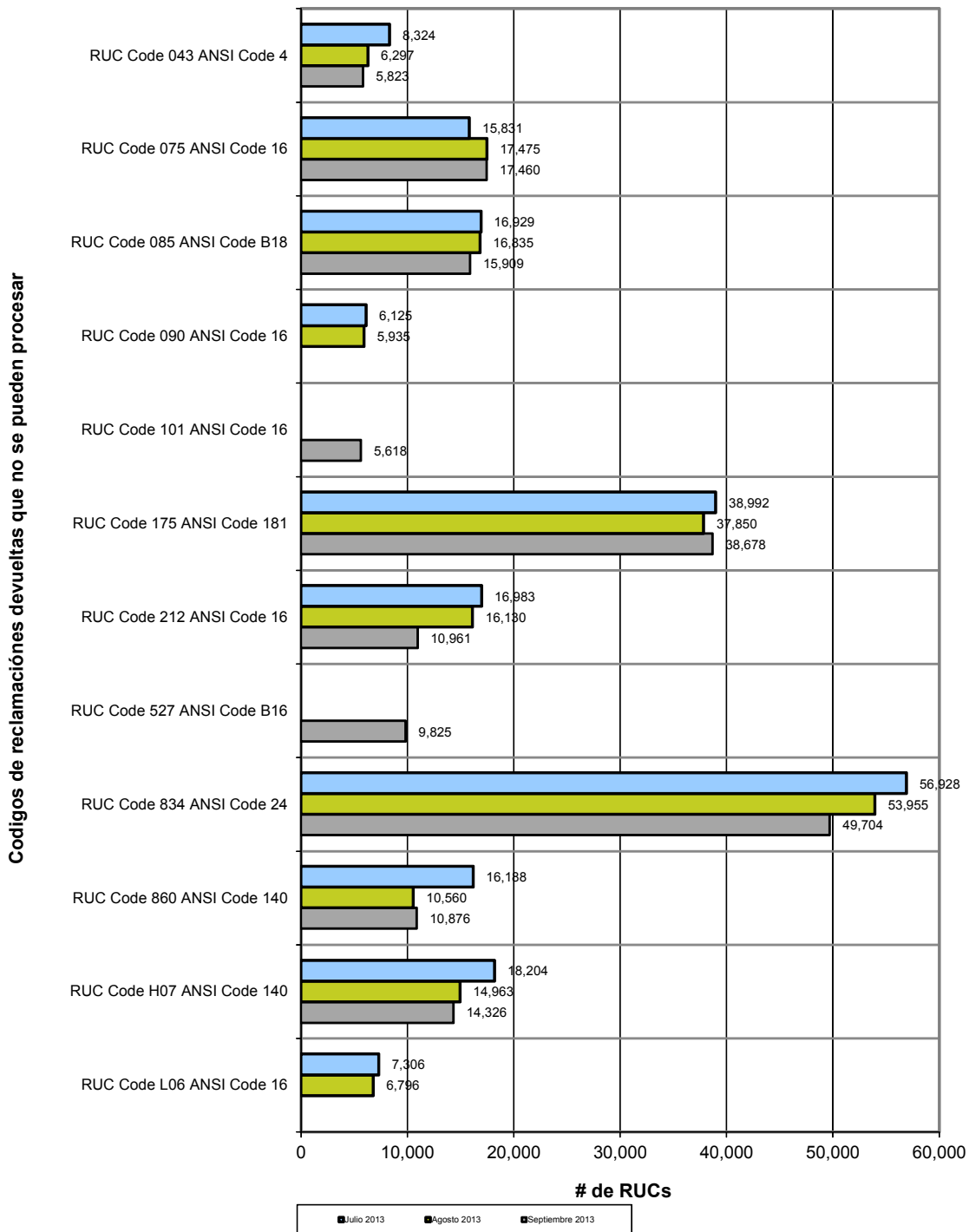
Denegaciones de Parte B más frecuentes en julio-septiembre de 2013



Preguntas de Parte B más frecuentes en julio-septiembre de 2013



RUC de Parte B más frecuentes en julio-septiembre 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 FCSSO eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional <http://medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Independent diagnostic testing facility (IDTF) 30

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión al documento adjunto “Coding Guidelines” de la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

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

El documento adjunto “Coding Guidelines” (“pautas de codificación”) de la determinación de cobertura local (LCD) para el centro independiente de pruebas diagnósticas (independent diagnostic testing facility, IDTF) fue más recientemente revisado el 9 de julio de 2013. Desde entonces, en base a la petición de cambio (CR) 8386, el documento adjunto “pautas de codificación” ha sido revisado bajo la sección “Level of Physician Supervision” del ‘Credentialing Matrix’ para cambiar el nivel de supervisión médica a “1” para los códigos *Current Procedural Terminology*® (CPT®) 95782 y 95783.

Fecha de vigencia

Esta revisión al documento adjunto “pautas de codificación” de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 7 de octubre de 2013**, por servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Formulario de Parte B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2013 a septiembre 2014.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2013 – 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 http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

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

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito

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

Proveedores participantes

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

Reclamaciones de quiropráctico

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

Reclamaciones de ambulancia

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

Medicare como pagador secundario

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

Reclamaciones ESRD

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

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones

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

Solicitud de audiencias justas

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

Freedom of Information Act

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

Audiencias juez de derecho administrativo

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

Estatus/preguntas generales

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

Sobrepagos

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

Reclamaciones de (DME), 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

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

Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores

1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

Correo electrónico:

AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente Beneficiarios

1-800-MEDICARE

Impedimentos auditivos:

1-800-754-7820

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

Registro de eventos educativos

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 -soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

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