# A Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Noviembre 2013



## Deducible, coaseguro y tasas de prima de Medicare para 2014

Número de MLN Matters: MM8527

Número de petición de cambio relacionado: 8527

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de noviembre de

2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R82GI Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron los deducibles, coaseguro, y las tarifas de prima de 2014 para los beneficiarios cubiertos a través del programa de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare.

La mayoría de los individuos mayores de 65 años, y muchos individuos incapacitados menores de 65 años, están asegurados por Medicare Parte A para beneficios sin un pago de prima. Sin embargo, los beneficiarios que utilizan los servicios cubiertos de Parte A pueden estar sujetos a los requerimientos de deducible y coaseguro. Ciertas personas mayores e incapacitadas quienes pagaron el impuesto de Federal Insurance Contributions Act (FICA) aplicable por 10 años o menos pueden voluntariamente inscribirse en Medicare, sujetos al pago de una prima mensual.

El deducible, coaseguro y las tarifas de prima básicas de 2014 son:

### En esta edición

Actualización de HCPCS 2014	3
Nuevos códigos de vacuna	5
Anunciados proveedores de contratos DMEPOS	7
CMS finaliza las tarifas de pago médicas	13
CMS actualiza las reclamaciones FISS	18
CMS actualiza las secciones de enfermería	19
Reclamaciones denegadas por error	29
CMS extiende el periodo de inscripción anual	30

### Tarifas de seguro de hospital (HI) - Parte A 2014

Deducible: \$1,216

#### Coaseguro:

- \$304 al día para los días 61-90
- \$608 al día para los días 91-150 (días de reserva de por vida)
- \$152 al día para los días 21-100 (coaseguro del centro de enfermería especializada)

Prima básica: (BP)

- \$426 al mes BP con 10 por ciento de recargo
- \$468.60 al mes BP con 45 por ciento de reducción
- \$234 al mes (para aquellos que tienen 30-39 trimestres de cobertura)
- \$257.40 al mes con 45 por ciento de reducción y 10 por ciento de recargo

Bajo el programa de seguro médico complementario de Medicare de Parte B (SMI), los afiliados están sujetos a una prima mensual. La mayoría de los servicios de SMI

(Continúa en la página 11)



CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

medicareespanol.fcso.com

### Tabla de contenido

Partes A y B	
Pautas de codificación para mamografía 3D3	3
Actualización de HCPCS 2014 y emisión de cartas de decisión3	3
Consejos de inscripción de EDI4	4
Actualizaciones de Medicare Remit Easy Print y PC Print4	4
Recuperación de sobrepagos de serviciós para el procedimiento Agriflu®5	5
Nuevos códigos de vacuna para el virus de influenza5	5
Mandatorio el reporte del número de investigación6	
CMS actualiza los códigos para el 2014 de HCPCS para SNF6	
Anunciados los proveedores de contratos DMEPOS	7
Facturación consolidada de SNF en relación a los servicios de ambulancia7	7
Identifique cómo ICD-10 afectará su práctica8	
CMS provee MS-DRG y otros recursos nuevos	
Pruebas de ICD-10 con proveedores a través de CEM y CEDI	á
Cambios al software de NCD para los códigos ICD-1010	<u> </u>
Implementación de la adjudicación para la jurisdicción K A/B MAC10	7
Implementación de la adjudicación para la jurisdicción K A/B MAC	7
Información actualizada sobre correciones de denegaciones de reclamaciones	
Requerimientos del reporte funcional	
CMS hace cambios a la política y a los pagos de los centros	
CMS finaliza las tarifas de pago médicas y las políticas para el 2014	
Reasignación a hospitales de cuidado crítico	
Más detalles sobre la revalidación de información de inscripción14	
Las modificaciones de la fase 2 para artículos y servicios	5
MLN Connects™ Provider e-News de CMS16	3
Próximos eventos educacionales17	7
Parte A	
CMS actualiza las reclamaciones FISS18	Ω
CMS eliminará el archivo común de trabajo	
CMS actualiza las secciones de enfermería especializada	
Denegación de reclamaciones de servicios de hospitalización	
Suspensión de las revisiones de la "regla de dos medias noches"	J
Gráficos Preguntas más frecuentes21	,
Rechazos más frecuentes	
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor23	3
Determinaciones Locales de Cobertura	
Tabla de contenido LCD Parte A24	4
	4
Tabla de contenido LCD Parte A24	4 7
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 1
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 1
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 1 1
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 0 1 1
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 0 1 1 1
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 0 1 1 1
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 0 1 1 1
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 0 1 1 2 3 4
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 0 1 1 2 3 4
Tabla de contenido LCD Parte A	4 7 8 9 0 0 1 1 1 2 3 4 5 8
Tabla de contenido LCD Parte A.       24         Contactos Parte A de Puerto Rico.       27         Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.       28         Parte B       29         Reclamaciones denegadas por error       29         Respuesta informativa no solicitada (IUR)       30         CMS extiende el periodo de inscripción anual de participación       30         Clarificación de revisiones a la modificación del TC       31         Nuevas pruebas con dispensa       31         Gráficos       32         Denegaciones más frecuentes       32         Preguntas más frecuentes       33         Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables       34         Determinaciones Locales de Cobertura       35         Tabla de contenido LCD Parte B       35         Ordenar materiales de Parte B       38         Contactos Parte B de Puerto Rico       39         Contactos Parte B de Florida       40	4 7 8 9 0 1 1 1 2 3 4 5 8 9 0
Tabla de contenido LCD Parte A.       24         Contactos Parte A de Puerto Rico       27         Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos       28         Parte B       29         Reclamaciones denegadas por error       29         Respuesta informativa no solicitada (IUR)       30         CMS extiende el periodo de inscripción anual de participación       30         Clarificación de revisiones a la modificación del TC       31         Nuevas pruebas con dispensa       31         Gráficos       31         Denegaciones más frecuentes       32         Preguntas más frecuentes       33         Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables       34         Determinaciones Locales de Cobertura       35         Tabla de contenido LCD Parte B       35         Ordenar materiales de Parte B       38         Contactos Parte B de Puerto Rico       39	4 7 8 9 0 1 1 1 2 3 4 5 8 9 0

### Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 11 Noviembre de 2013

Publications staff

Kathleen Cruz Sofía Lennie Terri Drury Mark Willett Robert Petty

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

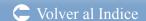
Medicare Publications 1-904-361-0723

CPT codes, descriptors, and other data only are copyright® 2012 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright® 2012 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party websites:
This document contains
references to sites
operated by third
parties. Such references
are provided for your
convenience only. First
Coast does not control
such sites, and is not
responsible for their
content. The inclusion of
these references within
this document does not
suggest any endorsement
of the material on such
sites or any association
with their operators

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



### Cobertura

### Pautas de codificación para mamografía 3D

Medicare provee cobertura para una prueba de mamografía, la cual incluye el uso de imágenes tridimensionales (3D) (tomosíntesis de mama) para detectar el cáncer del seno. Esta tecnología produce imágenes digitales directas y debe ser reportada utilizando uno de los tres códigos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) que describen los servicios de mamografía digital. Cuando se utilizan estos códigos para facturar una imagen 3D, la imagen bidimensional está incluida.

La tomosíntesis de mama, y todos los demás tipos de mamografía digital, es descrita utilizando los siguientes códigos HCPCS:

- G0202 Screening mammography, producing direct digital image, bilateral, all views
- G0204 Diagnostic mammography, direct digital image, bilateral, all views
- G0206 Diagnostic mammography, producing direct digital image, unilateral, all views

## Actualización de HCPCS 2014 y emisión de cartas de decisión de codificación finales de HCPCS

Aunque los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) todavía están evaluando el impacto del cierre parcial del gobierno en la finalización del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) 2014, CMS tiene la intención de publicar el archivo de actualización anual HCPCS de 2014 en el sitio Web de HCPCS en o antes del 27 de noviembre de 2013.

Los nuevos códigos de HCPCS serán efectivos el 1 de enero de 2014, a menos que se indique lo contrario en el archivo.

Las cartas de decisión de codificación finales de HCPCS serán enviadas a solicitantes individuales para coincidir con la publicación de la actualización anual de HCPCS. El momento de la divulgación del archivo de HCPCS y las cartas de decisión está basado en el momento de la publicación de las regulaciones finales, según publicado en:

- All FFS Provider Center page (página del centro de todos los proveedores de FFS)
- Physician center page (página del centro del médico)
- Hospital center page (página del centro del hospital)
- Ambulatory surgical centers (ASC) page (página de los centros quirúrgicos ambulatorios, ASC)
- Home health agency (HHA) center page (página del centro de la agencia de salud en el hogar, HHA)

Fuente: CMS PERL 201311-02

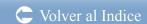
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.



### Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



### **EDI**

### Consejos de inscripción de EDI

A continuación se encuentran unos consejos importantes a tener en cuenta al completar un formulario de inscripción de EDI:



- Efectivo el 1 de octubre de 2013, Medicare EDI no acepta formularios de inscripción de EDI con fecha de antes de febrero de 2013.
- Efectivo el 1 de febrero de 2014, Medicare EDI devolverá todos los formularios de inscripción de EDI recibidos que contengan una fecha de revisión de formulario de antes del 25 de octubre de 2013.
- Un enlace a las instrucciones de finalización se encuentra en la parte inferior de la página 1 del formulario de inscripción de EDI.
- El formulario de inscripción de EDI es interactivo permitiéndole completar el formulario en línea, imprimirlo, firmarlo y fecharlo.
- Todos los campos con un asterisco (\*) son requeridos.
- Una hoja de cubierta de fax requerida debe preceder el formulario de inscripción de EDI.
- El formulario de inscripción de EDI es un documento legal y todas las páginas deben ser devueltas con la solicitud, de otra manera, la solicitud completa será devuelta.
- Los facturadores electrónicos serán automáticamente inscritos para remesa de pago electrónica (ERA) con el remitente en la solicitud a menos que se indique lo contrario en la sección de ERA.
- Si está solicitando SPR (remesa de pago en papel) un formulario de excepción también es requerido. Esto puede ser obtenido contactando a Medicare EDI y debe ser enviado con el formulario de inscripción de EDI. Nota: Un formulario de excepción requiere una justificación de negocio para solicitar las remesas en papel.
- Si usted se está inscribiendo en PC-ACE Pro32™, debe especificar la manera en la cual usted prefiere recibir el software. Una vez el formulario sea completado e impreso, usted debe firmar en el campo de la firma original oficial autorizada en la sección de PC-ACE Pro32™ y la sección de requerimientos de firma.
- Requerimientos de firma: La firma original oficial autorizada debe ser completada en todas las solicitudes, firmar esta sección confirma que usted ha leído y está de acuerdo con el convenio, las obligaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), y las secciones de atestación en la página 3 y 4.
- Es altamente recomendado que mantenga una copia de su formulario(s) de inscripción completado para sus archivos.
- Un enlace ha sido provisto en la hoja de cubierta de fax de EDI a la página de acceso al sistema remoto (EDI) de Medicare Parte A para obtener el formulario de solicitud de ID de usuario de DDE.
- Los formularios de EDI son procesados en el orden en el cual son recibidos. Una notificación será enviada al contacto listado en el formulario informando sobre el estatus del formulario.
- Una vez el formulario haya sido completado, imprímalo, fírmelo, féchelo y devuelva todas las páginas incluyendo la hoja de cubierta de fax de EDI.

### Actualizaciones de Medicare Remit Easy Print y PC Print

Número de MLN Matters: MM8479

Número de petición de cambio relacionado: 8479

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1308OTN

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

#### Resumen

El Affordable Care Act requiere que el secretario adopte y actualice regularmente los estándares, especificaciones de implementación y las reglas de operación para el intercambio electrónico y el uso de

(Continúa en la página siguiente)

#### Actualizaciones... (continuación)

información de salud para propósitos de transacciones financieras y administrativas.

Los contratistas publicarán el texto que describe el siguiente uso de MREP, PC Print o el software PC-ACE para ver/imprimir la transacción v5010 X12 835:

- Los códigos incluidos en la remesa de pago
- El comité correspondiente a 'Operating Rules for Information Exchange (CORE)' definido en el ajuste/ denegación de reclamaciones en un escenario de negocios

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8479.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8479, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1308OTN.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1308OTN.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1308, CR 8479

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**

### Recuperación de sobrepagos de servicios para el procedimiento Agriflu®

La petición de cambio 8047 implementó las provisiones de pago para las vacunas del virus de influenza estacional para la temporada de influenza 2012-2013. Incluido en esta petición de cambio estaba el procedimiento Q2034 para Agriflu<sup>®</sup>. La Food and Drug Administration (FDA) ha aprobado este medicamento para tres lotes de la vacuna. Sin embargo, el fabricante de este medicamento indica que ellos no han importado ni vendido Agriflu<sup>®</sup> en los Estados Unidos durante la temporada de influenza 2012-2013.

Por esta razón, reembolsos de cualquier pago que First Coast Service Options (First Coast) haya hecho para este medicamento y la administración de este medicamento será solicitado y reclamaciones futuras por este medicamento y la administración serán denegadas como "not FDA-approved" ("no aprobadas por FDA").

### Nuevos códigos de vacuna para el virus de influenza y virus de hepatitis B

Número de MLN Matters: MM8249

Número de petición de cambio relacionado: 8249 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de mayo de 2013

Fecha de efectividad: 20 de noviembre de 2012 (para el código 90661); 1 de enero de 2013 (para los códigos 90653, 90672, 90685, 90686, 90687, 90688, 90739 y Q2033)

Número de transmisión de CR relacionado: R2693CP Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

#### Resumen

La petición de cambio 8249 provee instrucciones de pago y edición para los siguientes códigos de vacuna del virus de influenza y hepatitis B para las reclamaciones procesadas a partir del 7 de octubre de 2013.

Las sumas anuales del deducible y el coaseguro de la Parte B no se aplican. Todos los médicos, los profesionales de salud y proveedores que presenten reclamaciones para la vacunación del virus de la influenza deben aceptar la asignación.

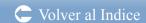
#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es http://www. cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/ MM8249.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8249, 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/R2693CP.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2693, CR 8249

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.



## Mandatorio el reporte del número de investigación o prueba clínica de 8 dígitos

Número de *MLN Matters*: MM8401Revisado Número de petición de cambio relacionado: 8401

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2805CP Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 8401 provee detalles sobre el requerimiento mandatorio de reportar el número de investigación o prueba clínica en reclamaciones por artículos y servicios provistos en investigaciones o pruebas clínicas que son calificadas para cobertura según especificado en la sección 310.1 del Medicare *National Coverage Determination (NCD) Manual*. El número de investigación o prueba clínica a ser reportado es el mismo número asignado por la National Library of Medicine (biblioteca nacional de medicina, NLM) y ha sido voluntariamente reportado desde 2008.

**Nota:** Las reclamaciones de la Parte B de Medicare con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014, que no contengan el número de prueba clínica de 8 dígitos serán devueltas como no procesables.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8401.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8401, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2805CP.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2805CP.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2805, CR 8401

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 códigos para el 2014 del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud para centros de enfermería especializada

Número de MLN Matters: MM8474

Número de petición de cambio relacionado: 8474 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de octubre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2802CP Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron las actualizaciones de los códigos para el sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud del 2014 para los servicios provistos a los beneficiarios de Medicare en un centro de enfermería especializada.

En la actualización, CMS elimina los códigos del Current Procedural Terminology® (CPT) 11042 (Debride skin/tissue), 11043 (Debride tissue/muscle) y 11044 (Debride tissue/muscle/bone) de la lista de inclusión de cirugía menor, efectiva el 31 de diciembre de 2012.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8474.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8474, 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/R2802CP.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2802, CR 8474

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

### Anunciados los proveedores de contratos DMEPOS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han anunciado los proveedores de contratos para la ronda 1 en la nueva competencia del programa de oferta competitiva para el equipo médico duradero, prostéticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS). Una lista de las locaciones de los proveedores de contratos de la ronda 1 en la nueva competencia para cada categoría de producto y área de la oferta competitiva se encuentra ahora disponible en <a href="https://www.dmecompetitivebid.com/cs">www.dmecompetitivebid.com/cs</a>. Esta lista está actualizada al 31 de octubre de 2013. Los proveedores de contrato pueden agregar o cambiar locaciones. Las actualizaciones se publicarán en el directorio de proveedores en el sitio Web de Medicare <a href="https://www.medicare.gov/supplier">www.medicare.gov/supplier</a> a mitad de diciembre de 2013.

Es requerido por ley que CMS realice una nueva competencia de contratos bajo el programa de oferta competitiva DMEPOS al menos una vez cada tres años. Los contratos de la nueva oferta en la ronda 1 expiran el 31 de diciembre de 2013 y los contratos de la ronda 1 en la nueva competencia y los precios están programados para entrar en vigor el 1 de enero de 2014.

Para mayor información, vea la hoja informativa.

Fuente: CMS PERL 2013011-01

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

### Facturación consolidada de SNF en relación a los servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: SE0433 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

El sistema de pago prospectivo del centro de enfermería especializada (SNF PPS) se introdujo en 1998. Este cambió no sólo la manera en que se les paga a los SNF sino también la manera en que los SNF deben trabajar con los suplidores, médicos, y otros profesionales de la salud.

La facturación consolidada (CB) asigna al SNF la responsabilidad de facturar a Medicare para prácticamente todos los servicios que los residentes de SNF reciben durante el curso de una estadía cubierta. Hay servicios excluidos de esta disposición, los cuales permanecen facturables por separado a la Parte B de Medicare por la entidad que en realidad proporcionó el servicio, los cuales incluyen ciertos servicios de ambulancia.

Este artículo de edición especial describe los distintos escenarios para los pacientes de SNF que están recibiendo transporte de ambulancia y cuáles transportes son considerados parte de las disposiciones de CB. Las excepciones a las disposiciones permanecen facturables por separado a la Parte B de Medicare por la entidad que en realidad proporcionó el servicio.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE0433.pdf.

Edición especial de CMS MLN Matters artículo SE0433

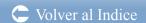
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la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



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

Cuando se trata de presentar solicitudes de apelación de reclamaciones, puntualidad lo es todo. No se preocupe – no necesitará su calendario de escritorio para contar los días a la fecha límite de envío. Pruebe nuestras nuevas calculadoras de "tiempo límite" en nuestra página de apelaciones

de decisiones de reclamaciones. Cada calculadora *calcularà automàticamente* cuando usted debe enviar su solicitud basado en la fecha de la determinación inicial de la reclamación o el nivel de apelación anterior.



### **ICD-10**

### Identifique cómo ICD-10 afectará su práctica

Para estar completamente preparado para la transición de la clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición (ICD-10), del 1 de octubre de 2014, usted necesita saber exactamente cómo ICD-10 afectará su práctica. Mucha gente asocia la codificación con la presentación de reclamaciones; en realidad, los códigos de ICD son utilizados en diversos procesos dentro de las prácticas clínicas, desde inscripción y remisiones hasta facturación y pago. Lo siguiente es una lista de preguntas importantes para ayudarle a analizar dónde usted utiliza los códigos de ICD y cómo ICD-10 afectará su práctica. Al hacer un plan para abordar estas áreas ahora, usted puede asegurarse de que su práctica está lista para la transición de ICD-10.

¿Dónde se utilizan los códigos de ICD-9? Mantenga un registro de dondequiera que vea y utilice un código de ICD-9. Si el código está en papel, usted necesitará nuevos formularios (por ejemplo, formulario de encuentro del paciente, superbill).

8

- Si el código es ingresado o mostrado en su computadora, verifique con su registro de salud electrónico (EHR) y/o el vendedor del sistema de administración de práctica para ver cuándo su sistema estará listo para los códigos de ICD-10.
- ¿Podrá usted presentar reclamaciones? Si usted utiliza un sistema electrónico para algún o todos los pagadores, usted necesita saber si éste podrá adaptar la versión de ICD-10 de diagnósticos y códigos de procedimientos de pacientes hospitalizados. Si su sistema de facturación no ha sido actualizado a la versión actual de los estándares de reclamaciones de HIPAA (versión 5010), usted no podrá presentar reclamaciones. Verifique con su sistema de administración de práctica o vendedor de software para asegurarse de que sus reclamaciones están en el formato 5010 y que su sistema o software puede incluir la versión ICD-10 de diagnósticos y códigos de procedimientos de pacientes hospitalizados.

- ¿Podrá usted completar registros médicos? Si usted utiliza cualquier tipo de sistema de EHR en su oficina, usted necesita saber si éste tomará los códigos de ICD-10. Vea cómo usted ingresa los códigos de ICD-9 (por ejemplo, usted los ingresa o los selecciona de un menú desplegable) y hable con su vendedor de EHR sobre las capacidades de su sistema para ICD-10. Si su sistema de EHR no toma los códigos de ICD-10 y usted utiliza otra terminología (SNOMED), usted todavía necesitará los códigos de ICD-10 para presentar reclamaciones.
- ¿Cómo codificará sus reclamaciones bajo ICD-10? Si usted actualmente codifica mediante





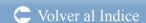
ICD-9 y familiarícese con los códigos de ICD-10 que usted utilizará en el futuro; e invierta en un programa de software que ayude a las prácticas pequeñas con la codificación.

### Quiere más información sobre ICD-10?

Visite el sitio Web de ICD-10 de CMS para las más recientes noticias y recursos para ayudarle a preparar para la fecha límite del 1 de octubre de 2014. Inscríbase para actualizaciones por correo electrónico de la industria de ICD-10 de CMS y síganos en Twitter.

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

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



## CMS provee MS-DRG y otros recursos nuevos para la planificación de ICD-10

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron recientemente la clasificación internacional de enfermedades (ICD), décima edición (ICD-10) de los grupos relacionados por diagnóstico y severidad de Medicare (MS-DRG), versión 31, en la página Web del proyecto de conversión a ICD-10 (en inglés).

Esta es la versión de ICD-10 de los MS-DRG del año fiscal 2014 que se utilizan en la actualidad. CMS ha desarrollado el archivo y otros recursos para ayudar a la industria del cuidado de la salud con la transición a ICD-10 el 1 de octubre de 2014. La publicación de los MS-DRG ICD-10 incluye el *manual de definiciones ICD-10 MS-DRG v31*, el editor de código de Medicare y el archivo de comparación ICD-10 MS-DRG v30 y v31.

En adición, para hacer disponibles los archivos MS-DRG, CMS actualizó *la hoja informativa ICD-10* (en inglés) para la facturación y el pago de Medicare. Esta hoja informativa comunica a los proveedores de Medicare sobre la modificación clínica de ICD-10 y el sistema de codificación de procedimiento. Este incluye información de la fecha de cumplimiento y las preguntas más frecuentes de facturación y pago.

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

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

### Pruebas de ICD-10 con proveedores a través de CEM y CEDI

Número de MLN Matters: MM8465

Número de petición de cambio relacionado: 8465

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

Fecha de efectividad: 3 de diciembre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1303OTN

Fecha de implementación: 3 de marzo de 2014

#### Resumen

La clasificación internacional de enfermedades, décima edición (ICD-10) está programada para la implementación el 1 de octubre de 2014. Es requerido que los contratistas den la oportunidad a proveedores y suplidores de presentar reclamaciones de prueba, lo cual ocurrirá del 3 de marzo hasta el 7 de marzo de 2014.

Esta semana de prueba dará a los socios comerciales acceso a los contratistas y al intercambio electrónico común de data (CEDI) para pruebas con soporte de asistencia técnica en tiempo real. El evento se llevará a cabo virtualmente y se publicará en cada sitio Web del contratista y de CEDI así como en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Esté atento a los mensajes listserv que anuncian la semana de prueba y la información de inscripción, que serán entregados al menos cuatro semanas antes de la semana de prueba. Los contratistas tendrán un sitio de inscripción para la semana de prueba o proveerán una dirección de correo electrónico para los socios comerciales para proporcionar la información de inscripción necesaria.

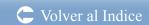
#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8465.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8465, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1303OTN.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1303OTN.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1303, CR 8465

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



### Cambios al software de NCD para los códigos ICD-10

Número de MLN Matters: MM8494

Número de petición de cambio relacionado: 8494

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2806CP Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

El módulo de edición de laboratorio se actualiza trimestralmente para reflejar los cambios basados en las decisiones de análisis de codificación desarrollados bajo los procedimientos de mantenimiento de los códigos que incluye las actualizaciones semestrales de los códigos ICD-9-CM. No hay cambios a las listas de códigos NCD de laboratorio para este trimestre.

La petición de cambio 8494 provee instrucción a los mantenedores del sistema compartido de Medicare para actualizar el software de la

edición de determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorios para acomodar el procesamiento de los códigos de diagnóstico ICD-10, que se ha retrasado hasta el 1 de octubre 2014.



El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8494.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8494, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2806CP.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2806CP.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2806, CR 8494

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

### Información General

### Implementación de la adjudicación para la jurisdicción K A/B MAC

Es requerido para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) competir en cada carga de trabajo del contratista administrativo de Medicare (A/B/ MAC) de Parte A y Parte B al menos una vez cada cinco años. Recientemente lo hizo para la carga de trabajo de la jurisdicción K A/B MAC anteriormente conocida como jurisdicción 13 y jurisdicción 14, que están compuestas de la siguiente manera:

- Jurisdicción 13: Parte A y Parte B para Connecticut y New York
- Jurisdicción 14: Parte A y Parte B para Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island y Vermont así como los estados de la región A de salud en el hogar y hospicio (HH+H) de Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island y Vermont

La carga de trabajo JK ha sido adjudicada a National Government Services (NGS).

Este es el enlace a la petición de cambio 8303.

Fuente: CR 8303

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

## Información actualizada sobre las correcciones de denegaciones de reclamaciones del beneficiario

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) tienen una nueva *página Web* enfocada en las denegaciones de reclamaciones 2013 con estatus de encarcelación de un beneficiario.

Fuente: CMS PERL 201311-09

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



Deducible... (continuación)

están sujetos a un deducible anual y coaseguro (por ciento de costos que el afiliado debe pagar), los cuales son establecidos por ley.

### Tarifas de seguro médico complementario (SMI) - Parte B 2014

Prima estándar: \$104.90 al mes

Deducible: \$147 al año

Cantidad de datos proporcionalmente (pro rata):

\$114.99 el primer mes \$32.01 el segundo mes Coaseguro: 20 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/MM8527.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8527, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R82GI.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R82GI.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 82, CR 8527

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

## Requerimientos del reporte funcional para los servicios de terapia para pacientes ambulatorios – recordatorios importantes

First Coast Service Options (First Coast) ha visto un aumento en el número de reclamaciones sin pagar que han sido facturadas por los proveedores de servicios de terapia para pacientes ambulatorios, debido a errores de reporte funcional.

Los proveedores que facturan servicios de terapia para pacientes ambulatorios para los beneficiarios de Medicare deben presentar los datos de limitación funcional (códigos-G no pagables) para informar el estado de las limitaciones funcionales de un beneficiario. Por cada código-G no pagable que se presenta, se debe agregar un modificador al código-G para informar la gravedad/severidad para esa medida funcional. Todos los ambientes de práctica que proveen servicios de terapia para pacientes ambulatorios deben incluir esta información en el formulario de la reclamación para que sea procesada.

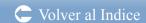
Los códigos-G y los modificadores de severidad son requeridos:

- En la misma fecha de servicio como un procedimiento de evaluación, incluida una nueva evaluación o
- Al inicio de la atención de un episodio de terapia (servicio de terapia inicial)
  - Reporte del estado actual y el estado del objetivo del proyecto de la limitación funcional de movilidad
- Una vez cada 10 días de tratamiento
  - La fecha de servicio cuando el reporte de progreso de los servicios que son suministrados informa el estado actual y el estado proyectado del objetivo y la limitación funcional de la movilidad
  - Este paso es repetido como clínicamente apropiado
- En el momento del alta médica desde la atención de un episodio de terapia (si los datos están disponibles)
  - Reporte del objetivo proyectado y el estado del alta médica en la limitación funcional de la movilidad
- La misma fecha de servicio en la que finalizó el reporte de una limitación funcional particular, en los casos en los que exista la necesidad de terapia adicional

Cada código-G funcional reportado debe contener información esencial en la línea de servicio:

- Modificador funcional de severidad
- Modificador de terapia que indique la disciplina del plan de atención

(Continúa en la página siguiente)



Requerimientos... (continuación)

- Fecha del servicio facturable correspondiente
- Cargo nominal por línea de servicio
  - Centavo para las reclamaciones institucionales
  - Cero para las reclamaciones profesionales (si el software de facturación requiere un cargo nominal, agregue un centavo)

Para una guía adicional sobre los requisitos de presentación de informes funcionales para los servicios de terapia de pacientes ambulatorios, consulte MLN Matters® *MM8005* en el cuadro noticias de artículos relacionados en la página de especialidades de servicios de rehabilitación para proveedores de Parte B y la página de proveedores institucionales para servicios de rehabilitación para proveedores de Parte A.

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

## CMS hace cambios a la política y a los pagos de los centros para pacientes ambulatorios

#### La norma dará a los hospitales y los ASC flexibilidad para bajar los costos por caso

El 27 de noviembre, los centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron una norma final de pago de 2014 para los hospitales de pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) [CMS-1601-FC] que dará a los hospitales y a los ASC nueva flexibilidad para reducir los costos del centro ambulatorio y fortalecer la estabilidad financiera de Medicare a largo plazo. Además, CMS reemplazará los cinco niveles actuales de códigos de visita a la clínica del hospital tanto para pacientes nuevos como establecidos con un único código que describe todas las visitas a la clínica para pacientes ambulatorios. Un código único y el pago por visitas a la clínica son administrativamente más simples para los hospitales y refleja mejor los recursos hospitalarios involucrados en el apoyo a una visita de un paciente ambulatorio. Los cinco niveles actuales de códigos de visitas ambulatorias están diseñados para distinguir las diferencias en el trabajo médico.

Las provisiones en la norma final del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS) promueven una entrega más eficiente de servicios del centro ambulatorio reuniendo el pago de múltiples artículos y servicios de apoyo en un sólo pago por un servicio primario similar a la forma en que Medicare paga por la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados. Los artículos y servicios de apoyo que serán incluidos en un sólo pago para un servicio primario al hospital y que no se pagan por separado incluyen:

- Medicamentos, productos biológicos y radiofarmacéuticos que funcionan como suministros cuando son utilizados en una prueba de diagnóstico o procedimiento
- Medicamentos, productos biológicos que funcionan como suministros cuando son utilizados en un procedimiento quirúrgico, incluidos sustitutos de piel

- Ciertos servicios de laboratorio de diagnóstico clínico
- Ciertos procedimientos que nunca fueron hechos sin un procedimiento primario (agregado) y
- Procedimientos de remoción de dispositivo

La norma final CY 2014, con periodo de comentario, aumenta los pagos totales para los departamentos de pacientes externos del hospital por un estimado de 1.7 por ciento. El incremento se basa en la bolsa del mercado proyectada de hospital -- una tasa de inflación de bienes y servicios utilizada por los hospitales -- de un 2.5 por ciento, menos tanto un ajuste de 0.5 por ciento para la productividad en toda la economía como un ajuste de 0.3 puntos porcentuales requeridos por ley. La norma también actualiza las tasas de pago de hospitalización parcial para los hospitales y centros comunitarios de salud mental

Como parte de esta amplia propuesta para consolidar el pago para grandes grupos de servicios, la norma final, con periodo de comentario, también establece un pago basado en el encuentro o "integral" para ciertos procedimientos relacionados con el dispositivo, como los stents cardíacos y desfibriladores, pero en un cambio de la regla propuesta, retrasa su fecha de efectividad hasta el 2015.

Texto completo de este extracto *del comunicado de prensa de CMS* (emitido el 27 de noviembre).

- Norma final
- Hoja informativa

Fuente: CMS PERL 201311-09

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



### CMS finaliza las tarifas de pago médicas y las políticas para el 2014

### Regla final se enfoca en la coordinación del cuidado mejorado

El 27 de noviembre, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron las tarifas de pago y políticas para el 2014, incluyendo una propuesta mayor para respaldar el manejo del cuidado fuera de la interacción rutinaria de oficina así como también otras políticas para promover el cuidado de alta calidad y eficiencia en Medicare. La política de coordinación de cuidado de CMS es un hecho memorable, y demuestra el reconocimiento de Medicare de la importancia del cuidado que ocurre fuera de la visita cara a cara para una amplia gama de beneficiarios comenzando en el 2015. La regla final establece las tarifas de pago para médicos y profesionales de la salud pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud 2014 y aborda las políticas incluidas en la regla propuesta emitida en julio. CMS proyecta que los pagos totales bajo el manual de tarifas fijas de Medicare en 2014 será de aproximadamente \$87 billones.

Como parte del esfuerzo continuo de CMS para reconocer la función crítica que juega el cuidado primario en la provisión del cuidado a beneficiarios con múltiples condiciones crónicas, comenzando en el 2015, la agencia está estableciendo pagos separados para administrar el cuidado del paciente fuera de una visita cara a cara para las prácticas equipadas para proveer estos servicios.

Las tarifas de pago de 2014 aumentan los pagos para muchas especialidades médicas con algunos de los mayores aumentos siendo para los proveedores de servicios de salud mental incluyendo siquiatría, psicólogos clínicos y trabajadores sociales clínicos.

CMS está finalizando un proceso para ajustar las tarifas de pago para los códigos de prueba en las tarifas de pago de laboratorio clínico (CLFS) en base a cambios tecnológicos. Actualmente, las tarifas de pago para los códigos en las CLFS no cambian una vez han sido fijadas (excepto por cambios debido a la inflación y otros ajustes estatutarios). Este proceso le permitirá a CMS pagar con más precisión por pruebas de laboratorio en las CLFS.

La regla final también incluye varias provisiones sobre los programas de calidad médica y el modificador de pago basado en valor médico (modificador de valor). Según CMS continua a la fase transitoria del modificador de pago basado en el valor médico, para el 2016 CMS está finalizando sus propuestas para aplicar el modificador de valor del médico para grupos de médicos con 10 o más profesionales elegibles, y para aplicar ajustes de pago ascendentes y descendentes en base al desempeño a grupos de médicos con 100 o más profesionales elegibles. Sin embargo, sólo ajustes ascendentes basados en el desempeño (no ajustes descendentes) serán aplicados a grupos de médicos con entre 10 y 99 profesionales elegibles.

CMS también está finalizando varias propuestas relacionadas al sistema de reporte de calidad médica (PQRS) para el 2014, incluyendo una nueva opción para los profesionales elegibles individuales para reportar medidas de calidad a través de registros de datos clínicos calificados. En 2014, las medidas de calidad serán alineadas a través de los programas de reporte de calidad para que los médicos y otros profesionales elegibles puedan reportar una medida una vez, para recibir crédito en todos los programas de reportes de calidad en los cuales esa medida sea utilizada. Adicionalmente, CMS está alineando mejor las medidas de PQRS con los requisitos de la estrategia de calidad nacional y uso significativo, y la transición hacia el fin del proceso de las medidas a favor de las medidas de rendimiento y resultado. Finalmente, ciertos datos recolectados en 2012 para grupos que reportan ciertas medidas de PQRS bajo la opción de reporte de práctica de grupo (GPRO) serán reportados públicamente en el sitio Web de CMS Physician Compare en 2014.

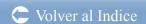
"Alineando medidas a través de programas de calidad enfoca a los proveedores en las medidas más importantes y hace que sea más fácil participar en programas como PQRS, los cuáles están diseñados para enfatizar calidad para los beneficiarios de Medicare," dijo el Dr. Patrick Conway, Administrador adjunto de CMS para innovación y calidad y director médico de CMS.

El texto completo de este extracto de *comunicado de prensa de CMS* (emitido el 27 de noviembre).

- Regla final
- Hoja informativa: Final Policy and Payment Changes to the Medicare Physician Fee Schedule for CY 2014
- Hoja informativa: Changes for CY 2014 Physician Quality Programs and the Value-Based Payment Modifier
- Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos
- Modificador de pago basado en valor médico
- PQRS

Fuente: CMS PERL 201311-09

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

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

Número de *MLN Matters*: MM8387 Revisado Número de petición de cambio relacionado: 8387

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R490PI Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

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

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

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

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8387.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8387, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R490PI.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R490PI.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 490, CR 8387

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

## Más detalles sobre la revalidación de información de inscripción del proveedor

Número de *MLN Matters*: SE1126 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

Todos los proveedores y suplidores que se inscribieron en el programa de Medicare antes del 25 de marzo de 2011, deben revalidar su información de inscripción. Sin embargo, los proveedores afectados deben esperar a presentar la información de revalidación hasta que sean notificados por su contratista administrativo de Medicare (MAC).

Los proveedores y los suplidores recién inscritos que presentaron sus solicitudes de inscripción a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en o después del 25 de marzo de 2011, no están afectados. Entre ahora y el 2015, los MAC enviarán avisos de revalidación de forma intermitente, pero de manera regular para comenzar el proceso de revalidación para cada proveedor y suplidor. Los proveedores y los suplidores deberán presentar la solicitud de revalidación únicamente luego de que su MAC se lo haya pedido.

(Continúa en la página siguiente)

#### Más... (continuación)

Cuando usted reciba una notificación de su MAC para revalidar:

- Actualice su inscripción a través del sistema de inscripción basado en el sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS), o complete el formulario CMS-855 apropiado
- Firme la solicitud de revalidación electrónicamente y cargue su documentación de respaldo o firme la declaración de certificación en papel y envíelo por correo junto con su documentación de respaldo a su MAC
- Si aplica, pague su tarifa dirigiéndose a https://pecos.cms.hhs.gov/pecos/feePaymentWelcome.do

**Nota:** Una extensión de 60 días está disponible si se necesita más tiempo para completar el proceso de revalidación. Las peticiones de extensión deben ser coordinadas con su MAC y solicitadas por escrito (fax/correo electrónico permitido) o por teléfono.

### Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1126.pdf.

Edición especial de CMS MLN Matters artículo SE1126

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 modificaciones de la fase 2 para artículos y servicios ordenados/ referidos comenzarán el 6 de enero

Número de MLN Matters: SE1305 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6421, 6417, 6696, 6856

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: R642OTN, R643OTN, R328PI y R781OTN

Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) instruirá a los contratistas a activar las modificaciones de la fase 2 el 6 de enero de 2014. Estas modificaciones verificarán las siguientes reclamaciones para un identificador nacional del proveedor (NPI) válido y denegar la reclamación cuando esta información es inválida:

- Reclamaciones de laboratorios clínicos para pruebas ordenadas
- Reclamaciones de centros de imágenes para procedimientos de imágenes ordenados
- Reclamaciones de suplidores de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) para DMEPOS ordenados
- Reclamaciones de las agencias de salud en el hogar (HHA) de Parte A.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1305.pdf*.

Edición especial de CMS MLN Matters artículo SE1305

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



### MLN Connects<sup>TM</sup> Provider e-News de CMS

El MLN Connects<sup>TM</sup> Provider e-News de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial de *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<sup>™</sup> Provider e-News para el jueves, 31 de octubre de 2013 http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-10-31-enews.pdf
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 7 de noviembre de 2013 http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-11-07-enews.pdf
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 14 de noviembre de 2013 http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-11-14-eNews.pdf
- MLN Connects<sup>™</sup> Provider e-News para el jueves, 21 de noviembre de 2013 http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-11-21-eNews.pdf/Downloads/2013-11-14-eNews.pdf

Fuente: CMS PERL 201310-05, 201311-04, 201311-05, 201311-06

### Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Diciembre de 2013

Cambios y regulaciones de Medicare (A/B) Cuando: 12 de diciembre de 2013 Hora: 9:00 a.m.- 10:30 a.m. ET

ora: 9:00 a.m.- 10:30 a.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento**: español

Tipo: Webcast Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

Explorando los servicios de manejo de cuidado transicional (TCM) (B)

Cuando: 18 de diciembre de 2013

Hora: 9:00 a.m.- 10:30 a.m. ET Idioma en que se ofrece el evento: español

Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

¿Está preparado? - Modificaciones de reclamaciones de Parte B para proveedores que ordenan/refieren (B)

Cuando: 19 de diciembre de 2013

Hora: 10:00 a.m.- 11:30 a.m. ET Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Tipo: Webcast Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

#### Dos formas fáciles de inscribirse

Por Internet - visite nuestro sitio Web de cursos al proveedor <a href="www.fcsouniversity.com">www.fcsouniversity.com</a>. 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.

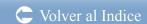
**Fax –** Los proveedores sin acceso a Internet pueden solicitar un formulario de inscripción a través de nuestra línea directa de inscripción al 1-904-791-8103. Los materiales de la clase les serán enviados por fax el día del evento.

#### 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 <a href="http://medicareespanol.fcso.com">http://medicareespanol.fcso.com</a> 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.



### **Ambulancia**

### CMS actualiza las reclamaciones FISS que se procesan para servicios de ambulancia

Número de MLN Matters: MM8251

Número de petición de cambio relacionado: 8251 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre

de 2013

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012 Número de transmisión de CR relacionado:

R1309OTN

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están haciendo cambios al sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) para incluir el código A0888 del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) en la lista de códigos de millaje permitido con las reclamaciones de transporte que no requieren el nombre del proveedor que atiende y el identificador nacional del proveedor (NPI).

En la petición de cambio (CR) 7557, A0888 fue omitido cuando CMS implementó el sistema de edición para los servicios de transporte no programados donde el nombre y los identificadores del proveedor

que atiende (incluyendo el identificador nacional del proveedor [NPI]) no fueron requeridos.

#### Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es http://www. cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/ MM8251.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8251, 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/R1309OTN.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1309, CR 8251

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público v 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.

### EDI

### CMS eliminará el archivo común de trabajo de consultas del proveedor de elegibilidad de Parte A

Número de MLN Matters: MM8248

Número de petición de cambio relacionado: 8248 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de noviembre de 2013

Fecha de efectividad: 7 de abril de 2014 Número de transmisión de CR relacionado:

R13130TN

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) eliminarán el archivo común de trabajo (CWF) de las consultas ELGA, ELGH, HIQA, HIQH, y HUQA de Parte A antes del 7 de abril de 2014. Los proveedores en Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos podrán acceder a la misma información a través del Secure Provider Online Tool, (SPOT) de First Coast Service Options.

Cuando las consultas CWF ELGA, ELGH, HIQA, HIQH, HUQA de Parte A sean eliminadas, los

proveedores necesitarán utilizar otras funcionalidades de consulta, tal como el sistema de transacción de elegibilidad de HIPAA (HETS). En mayo de 2005, CMS implementó la transacción HETS para proveer consultas y respuestas de elegibilidad en conformidad con HIPAA. Los proveedores pueden acceder la información de HETS a través de el SPOT.

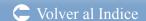
### Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es http://www. cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/ MM8248.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8248, 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/R1313OTN.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1313, CR 8248

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 actualiza las secciones de enfermería especializada y ESRD

## del manual de procesamiento de reclamaciones

Número de MLN Matters: MM8490

Número de petición de cambio relacionado: 8490

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de noviembre de

2013

Fecha de efectividad: 18 de marzo de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2815CP Fecha de implementación: 18 de marzo de 2014

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron el Medicare Claims Processing

Manual (IOM) para clarificar la codificación en las reclamaciones relacionadas a los proveedores de servicios de cuidado de bajo volumen que están sirviendo a pacientes con enfermedad renal en estado terminal así como también los códigos relacionados a la provisión de servicios de enfermería especializada para los beneficiarios de Medicare.

En su actualización, CMS clarificó el texto relacionado a los cálculos para costos laborales y modificó el texto para mostrar el uso correcto del código 77 en los servicios de enfermería especializada.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8490.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8490, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2815CP.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2815CP.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2815, CR 8490

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

### Hospital

## Denegación de reclamaciones de servicios de hospitalización relacionados a un diagnóstico terminal de hospicio

Número de MLN Matters: MM8273

Número de petición de cambio relacionado: 8273

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de noviembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1312OTN

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

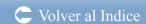
#### Resumen

Los auditores de recuperación para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente identificaron casos de pagos indebidos en el proceso de pago del sistema de pago de servicios mediante tarifas fijas de Medicare para reclamaciones de pacientes hospitalizados donde el diagnóstico principal listado del beneficiario de Medicare también fue incluido entre los diagnósticos terminales de hospicio durante el periodo de cuidado de hospicio.

De acuerdo con CMS, los pagos asociados con estas reclamaciones están considerados pagos en exceso porque Medicare no paga por separado por una estadía de hospital de paciente interno cuando un diagnóstico de hospicio para la enfermedad terminal o condiciones relacionadas son listadas como un diagnóstico principal de hospital con un código de condición 07 "Tratamiento de condición no terminal para hospicio."

(Continúa en la página siguiente)





### Denegación...(Continuación)

CMS instruyó a los contratistas de Medicare a denegar una reclamación de paciente hospitalizado cuando los proveedores facturan con un código de condición 07 (Tratamiento de condición no terminal para hospicio) en una reclamación de paciente interno y el diagnóstico principal en la reclamación de hospitalización coincide con uno de los códigos de diagnóstico en la reclamación de hospicio.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8273.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8273, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1312OTN.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1312OTN.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1312, CR 8273

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.

## Suspensión de las revisiones de la "regla de dos medias noches" del estado del paciente después del pago de las admisiones hospitalarias

Número de MLN Matters: MM8508

Número de petición de cambio relacionado: 8508 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013 Número de transmisión de CR relacionado:

R13150TN

Fecha de implementación: 2 de diciembre de 2013

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare (MAC), auditores de recuperación, y el contratista de revisión médica complementaria para suspender las revisiones del estado del paciente después del pago para las reclamaciones con fechas de admisión del 1 de octubre de 2013, hasta el 31 de diciembre de 2013.

De acuerdo con CMS, las reclamaciones con evidencia de juegos sistemáticos de azar, abuso, o retrasos en la provisión del cuidado en un intento para sobrepasar la presunción de las dos medias noches podría garantizar la revisión médica en cualquier momento.

Los MAC, auditores de recuperación, y el contratista de revisión médica complementaria puede continuar otros tipos de revisiones de hospitales para pacientes internos para propósitos distintos a la determinación de la conveniencia de la admisión hospitalaria versus tratamiento como paciente externo.

### Información adicional

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8508, 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/R1315OTN.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1315, CR 8508

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.

### Suscripción a Medicare Parte A

La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en *inglés* y *español*. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una susbscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta septiembre 2014.

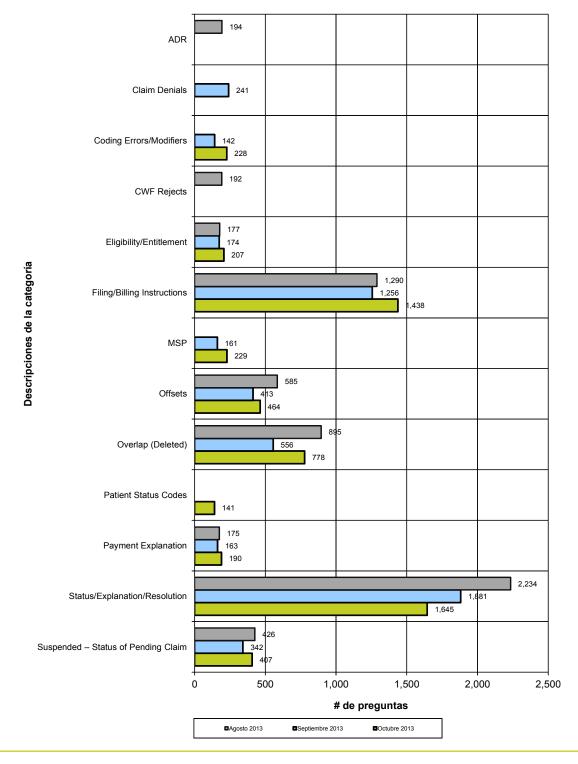
Para ordenar una suscripción anual, complete el *formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte A.* 

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

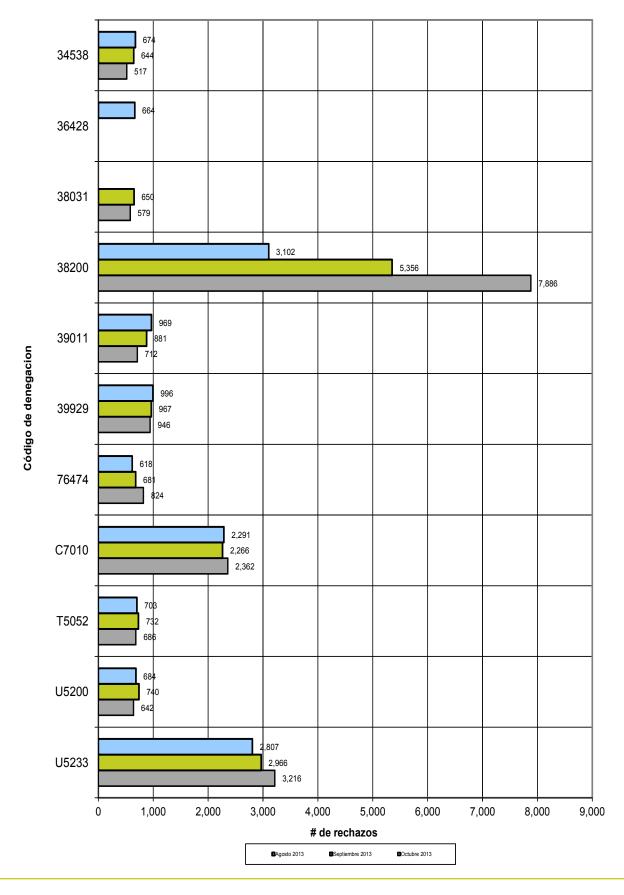
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

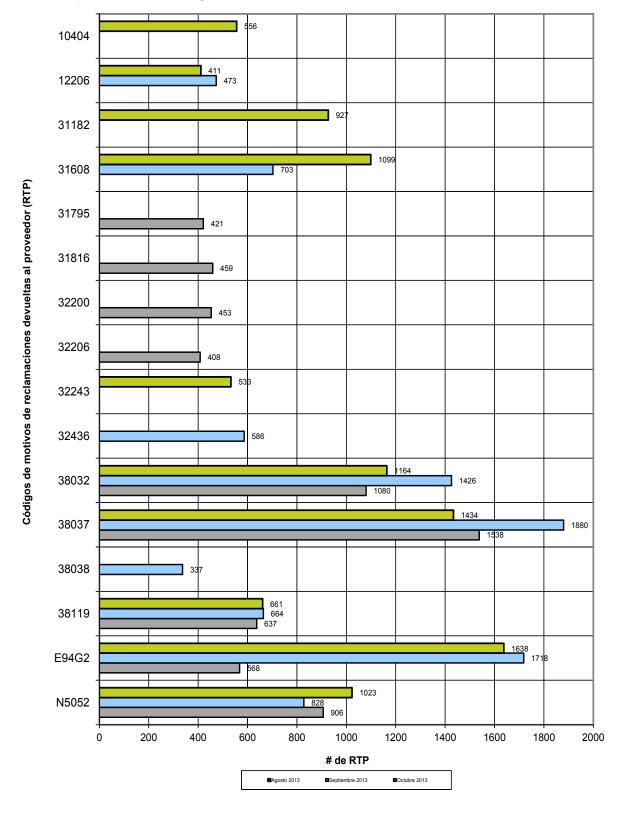
### Preguntas de Parte A más frecuentes en agosto-octubre de 2013

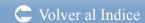


### Rechazos más frecuentes de Parte A en agosto-octubre de 2013



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en agosto-octubre 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 <a href="http://medicareespanol.fcso.com">http://medicareespanol.fcso.com</a> 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 <a href="http://medicareespanol.fcso.com">http://medicareespanol.fcso.com</a>, haga clic en el enlace "eNews" ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

#### Más información

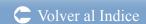
Si usted no tiene acceso a Internet, contacte con el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

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

Revisiones a las LCD existentes	
Hyperbaric oxygen therapy (HBO therapy)	25
Polysomnography and sleep testing	25
Therapy and rehabilitation services	26
Psychological and neuropsychological tests	26

### 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**

### Hyperbaric oxygen therapy (HBO therapy) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28887 (Florida)

Identificador de LCD: L28909 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para hyperbaric oxygen therapy (terapia HBO) fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada en base a una solicitud de reconsideración para requerir un diagnóstico dual para el tratamiento de úlceras de insuficiencia arterial si persisten después de que la cirugía reconstructiva ha restaurado la función de los vasos grandes. La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD y el archivo adjunto "Coding Guidelines" ha sido actualizado para añadir ICD-9-CM código V58.73 (cuidado postoperatorio después de la cirugía del sistema circulatorio, NEC) como un código de diagnóstico secundario con ICD-9-CM código 444.21, 444.22, o 444.81 (embolia arterial y trombosis) cuando es facturado en un ámbito ambulatorio después de la hospitalización.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 30 de diciembre 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 <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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.

### Polysomnography and sleep testing – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L29905 (Florida)

Identificador de LCD: L29907 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para 'polysomnography and sleep testing' (polisomnografía y prueba del sueño) se revisó recientemente el 1 de enero 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada en la sección de la LCD "Documentation/Credentialing Requirements" bajo "Technologist/Technician Credentials/Training" para aclarar las credenciales entre un tecnólogo y un técnico. La LCD ha sido revisada para que diga lo siguiente: "Todos los tecnólogos y técnicos que realicen pruebas de sueño y no estén registrados por el BRPT, ABRET, ABSM, NBRC u otro organismo de certificación aceptada, deben estar afiliados a un centro acreditado AASM del sueño o comisiones mixtas de centros del sueño acreditados (un laboratorio del sueño acreditado por la comisión mixta). Los tecnólogos y técnicos que no estén registrados deben mantener el adiestramiento y la supervisión adecuada, y deben ser supervisados por un tecnólogo registrado y con licencia, cuando la licencia se requiera por la ley estatal. El personal tecnólogo debe ser adecuado para tratar la carga de trabajo del centro del sueño y garantizar la seguridad de los pacientes. Además, la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" bajo "Accreditation" también ha sido revisada.

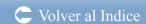
#### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 29 de octubre 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: <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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 (9), por favor haga clic aquí.

### Determinaciones locales de cobertura Parte A



### Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28992 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para "therapy and rehabilitation services" (servicios de terapia y rehabilitación) fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada para agregar los códigos 96125 y 97532 del *Current Procedural Terminology* (*CPT*®) específicos a los servicios de terapia del habla y lenguaje bajo la sección de la LCD "*CPT*®/HCPCS Codes". El código *CPT*® 96125 también se añadió específico para los servicios de terapia física y/u ocupacional bajo la sección de la LCD "*CPT*®/HCPCS Codes". En adición, la sección de la LCD "Sources of Information and Basis for Decision" también fue revisada.

### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 8 de noviembre 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 <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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.

## Psychological and neuropsychological tests – revisión a la LCD de Parte A/B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para las pruebas psicológicas y neuropsicológicas fue efectiva el 14 de octubre de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada para remover el código *CPT*<sup>®</sup> 96125 y añadirlo a la LCD de servicios de rehabilitación y terapia. En adición, el archivo adjunto de las pautas de codificación también fue revisado.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 27 de noviembre de 2013**, para servicios prestados **a partir del 14 de octubre 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 <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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

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



### **Direcciones Postales**

#### Reclamaciones

Documentación adicional Correspondencia general

Correspondencia de congresistas First Coast Service Options Inc.

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

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

Palmetto Goverment 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**

Atencion 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**

Atencion 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

### **Certificacones 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 auditorias). 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, auditorias

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

MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/ demandas, responsabilidades Auto/Responsabilidad – 17T P. O. Box 44179 Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudo de sobrepagos

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

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

#### Revisión médica postpago

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

#### Inscripción del proveedor

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

#### Redeterminaciones

#### Florida:

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

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

### Servicios de correo expreso y correo especial

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

### Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

#### **Ferrocarril Medicare**

orales anticáncer

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



### **Facturación**

## Reclamaciones denegadas por error según las revisiones/aclaraciones para la asignación correcta del código para el lugar de servicio (POS)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron la petición de cambio (CR) 7631 Revised and Clarified Place of Service (POS) Coding Instructions (instrucciones de codificación revisadas y clarificadas para el lugar de servicio [POS]) para ser implementadas y efectivas para las fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2013. Debido a las aclaraciones proporcionadas en la CR7631 First Coast Service Options (First Coast) ha identificado las reclamaciones que se denegaron incorrectamente. No será necesaria la acción del proveedor ya que las reclamaciones serán ajustadas para los proveedores impactados.

### Resumen de la CR7631

La CR revisa/aclara que todos los servicios - con dos excepciones - pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para Médicos y profesionales de la salud (MPFS) serán facturados con el POS como el mismo ambiente en el cual el beneficiario recibe el encuentro cara a cara. Las dos únicas excepciones son cuando el paciente está registrado como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, la correcta asignación del código POS será para ese ambiente en el que el beneficiario está recibiendo atención de paciente hospitalizado (21) o la atención de paciente ambulatorio (22) de un hospital.

La CR también explica que para los servicios que incluyen un componente profesional (PC) y el componente técnico (TC), el código asignado de POS para el PC será el ambiente en el que el beneficiario recibió el TC.

Ejemplo: un paciente recibe una tomografía computarizada en un hospital para pacientes ambulatorios. Los resultados de la tomografía se envían al médico de atención primaria del paciente que revisa los resultados en su consultorio. El médico le facturará el PC de la reclamación con el código de POS de hospital para pacientes ambulatorios (22), ya que es donde se produjo el encuentro cara a cara para el TC para el paciente.

### Reclamaciones denegadas por error

Debido a las aclaraciones provistas en la CR7631, First Coast identificó reclamaciones denegadas incorrectamente:

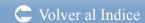
- Reclamaciones facturadas por laboratorios independientes para el componente profesional de ciertos laboratorios y/o códigos de patología que se han denegado por error cuando son facturados con códigos POS:
- Inpatient hospital (21). (Hospital de paciente hospitalizado)
- Outpatient hospital (22). (Hospital de paciente ambulatorio)
- Emergency room-hospital (23). (Sala de emergencia de hospital)
- Inpatient psychiatric facility (51). (Centro psiquiátrico para paciente hospitalizado)
- Psychiatric facility partial hospitalization (52). (Centro psiquiátrico hospitalización parcial)
- Comprehensive inpatient rehabilitation facility (61). (Centro de rehabilitación de cuidado completo para pacientes hospitalizados)
- Comprehensive outpatient rehabilitation facility (62). (Centro de rehabilitación de cuidado completo para pacientes ambulatorios)
- Las reclamaciones facturadas por laboratorios independientes para ciertos laboratorios y/o códigos de patología han sido denegadas cuando se facturan con el POS de consultorio (11)
- Las reclamaciones facturadas por los médicos para el PC de ciertos laboratorios y/o códigos de patología han sido denegadas por error cuando se factura con el POS de laboratorio independiente (81)

El sistema de procesamiento de reclamaciones de First Coast se ha actualizado para no denegar más reclamaciones por las situaciones mencionadas anteriormente. No es necesaria la acción del proveedor ya que First Coast ajustará las reclamaciones que se procesaron a partir del 1 de abril de 2012 y se denegaron por error.

Para más información con respecto a la asignación correcta del código POS, por favor revise los recursos proporcionados a continuación.

Fuente: CR 7631, manual electrónico 100-04, capítulo 26.

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



## Respuesta informativa no solicitada (IUR) y rechazos de reclamaciones de ambulancia para transferencias de SNF

Número de MLN Matters: MM8408

Número de petición de cambio relacionado: 8408 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de diciembre de

2013

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014

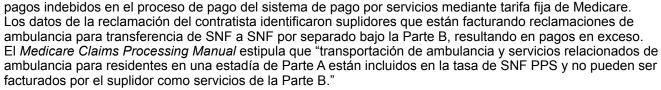
Número de transmisión de CR relacionado: R1326OTN

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron la implementación de cambios en el sistema para rechazar las reclamaciones de ambulancia cuando los proveedores facturan reclamaciones de ambulancia para transferencias entre centros de enfermería especializada (SNF) bajo la Parte B de Medicare.

El programa del contratista de auditoría de recuperación (RAC) de CMS es responsable por identificar y corregir



El artículo de *MLN Matters*® 8408 incluye enlaces a una lista de códigos especificados del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de salud (HCPCS) afectados por estas modificaciones.



El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8408.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8408, 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 <a href="http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1326OTN.pdf">http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1326OTN.pdf</a>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1326, CR 8408

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

### Inscripción del proveedor

## CMS extiende el periodo de inscripción anual de participación 2014 hasta el 31 de enero

El programa de inscripción anual de participación 2014 permite a los médicos elegibles, profesionales de la salud y proveedores la oportunidad de cambiar su estatus de participación antes del 31 de diciembre de 2013. Debido al lanzamiento más tarde de lo usual de la norma final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud, CMS está extendiendo el periodo de inscripción anual de participación 2014 hasta el 31 de enero de 2014. Por lo tanto, las elecciones de participación y los retiros deben tener sello postal en o antes del 31 de enero de 2014. La fecha efectiva de cualquier cambio del estatus de participación elegida por los proveedores durante la extensión permanece el 1 enero de 2014.

Fuente: CMS PERL 201311-09





### Laboratorio

## Clarificación de revisiones a la modificación del TC de los servicios de patología

Número de MLN Matters: MM8399

Número de petición de cambio relacionado: 8399 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de

013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013 Número de transmisión de CR relacionado:

R12760TN

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

La petición de cambio 8399 revisó la modificación para permitir el componente técnico (TC) de una reclamación de patología cuando:

- hay una reclamación en el historial facturada por el mismo médico que ordena/refiere para la misma fecha de servicio como el TC de la reclamación de patología, y
- cuando el historial de la reclamación facturado por el médico que ordena/refiere no es el lugar de

servicio 21 o 22.

Esta modificación sólo será anulada si el proveedor que presta los servicios en el historial y el proveedor que refiere en el TC de la reclamación de patología es el mismo proveedor (no sólo en el mismo grupo).

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8399.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8399, emitida por su contratista de la Parte B, Fl, 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/R1276OTN.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1276, CR 8399

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

### Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8439 Revisado Número de petición de cambio relacionado: 8439 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014 Número de transmisión de CR relacionado: R2804CP Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

#### Resumen

La petición de cambio 8439 le informa a los contratistas sobre las más recientes pruebas con dispensa aprobadas por el Food and Drug Administration under the Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, la cual requiere el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren un modificador QW para ser reconocidas como una prueba con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013, y 85651. Ya que estas pruebas son comercializadas inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas sobre las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones con precisión.

Si usted no tiene un certificado actual y vigente de

CLIA y presenta una reclamación a su contratista de Medicare para un código que es considerado una prueba de laboratorio que requiere un certificado de CLIA, su pago de Medicare puede verse afectado.

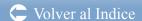
### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8439, emitida por su contratista de la Parte B, Fl, 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/R2804CP.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2804, CR 8439

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

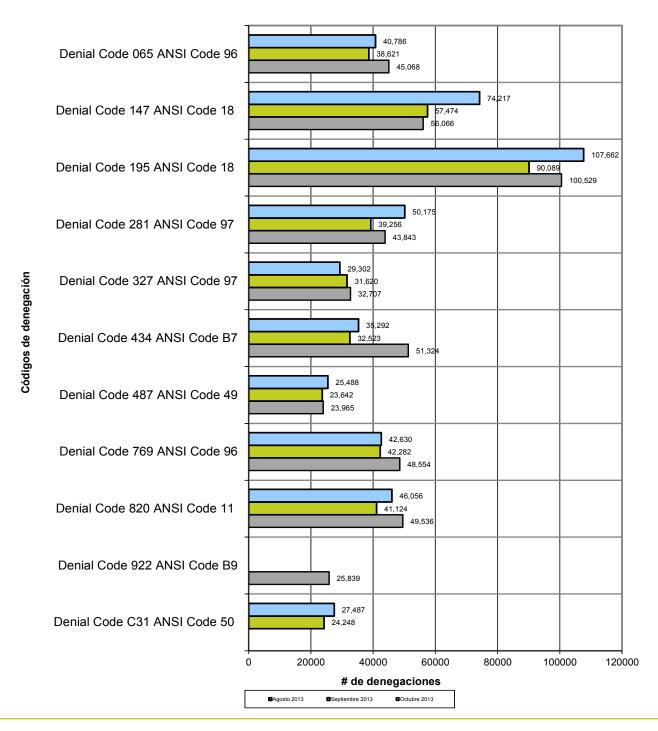


## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en agosto - octubre de 2013

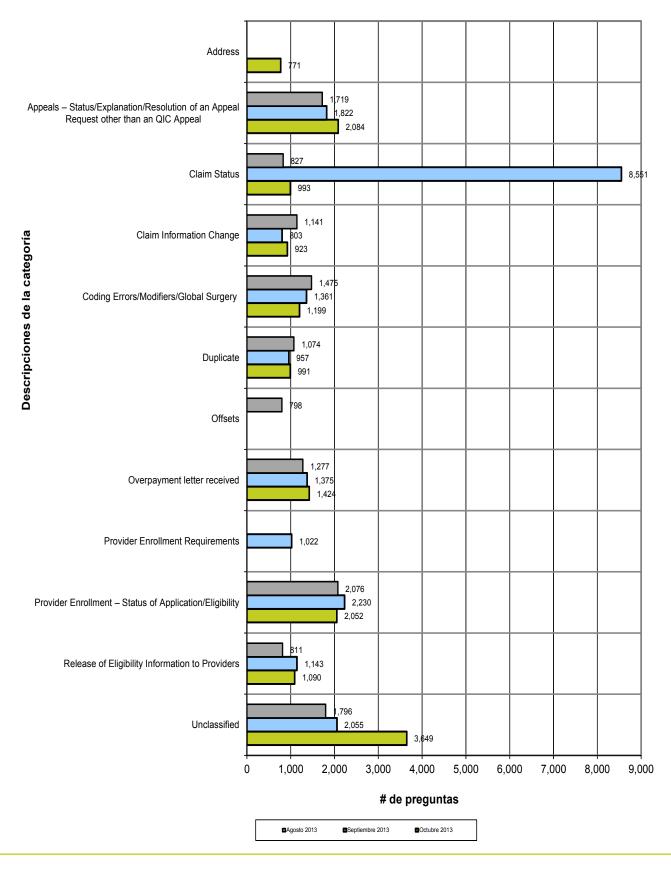
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

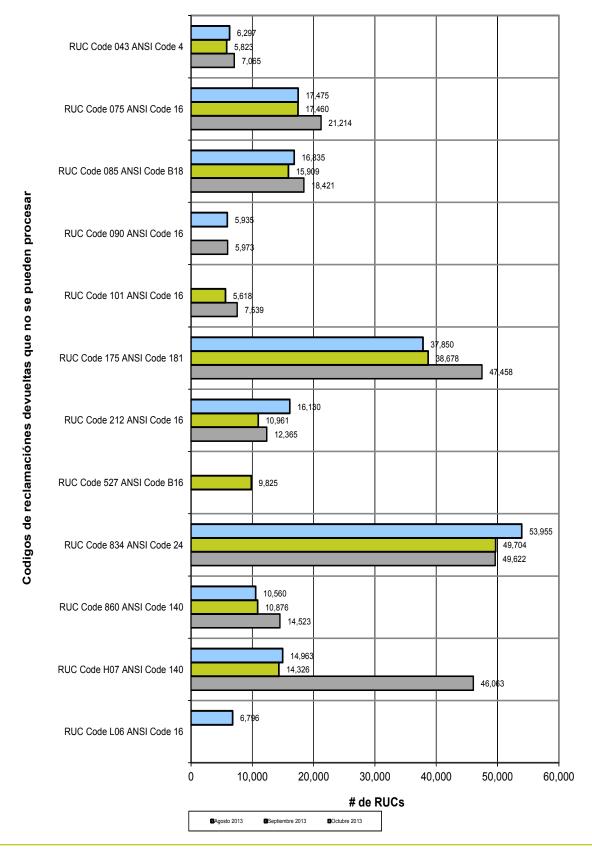
### Denegaciones de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2013

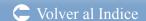


### Preguntas de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2013



### RUC de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2013





### Determinaciones locales de cobertura

e acuerdo a las publicaciones
Despecificadas por CMS, los contratistas
de Medicare han cesado de distribuir a los
proveedores, el texto completo en formulario
impreso, de las determinaciones locales
de cobertura (LCD). Los proveedores
pueden obtener el texto completo de las
LCD en nuestro sitio Web de educación
http://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 <i>Medicare A y B Al Día</i> 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

Polysomnography and sleep testing	.36
Hyperbaric oxygen therapy (HBO therapy)	36
Independent diagnostic testing facility (IDTF)	
Therapy and rehabilitation services	37
Psychological and neuropsychological tests	37

### 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**

### Polysomnography and sleep testing – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29949 (Florida)

Identificador de LCD: L29951 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para 'polysomnography and sleep testing' (polisomnografía y prueba del sueño) se revisó recientemente el 1 de enero 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada en la sección de la LCD "Documentation/Credentialing Requirements" bajo "Technologist/Technician Credentials/Training" para aclarar las credenciales entre un tecnólogo y un técnico. La LCD ha sido revisada para que diga lo siguiente: "Todos los tecnólogos y técnicos que realicen pruebas de sueño y no estén registrados por el BRPT, ABRET, ABSM, NBRC u otro organismo de certificación aceptada, deben estar afiliados a un centro acreditado AASM del sueño o comisiones mixtas de centros del sueño acreditados (un laboratorio del sueño acreditado por la comisión mixta). Los tecnólogos y técnicos que no estén registrados deben mantener el adiestramiento y la supervisión adecuada, y deben ser supervisados por un tecnólogo registrado y con licencia, cuando la licencia se requiera por la ley estatal. El personal tecnólogo debe ser adecuado para tratar la carga de trabajo del centro del sueño y garantizar la seguridad de los pacientes. Además, la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" bajo "Accreditation" también ha sido revisada.

### Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 29 de octubre 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: <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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 (9), por favor haga clic aquí.

### Hyperbaric oxygen therapy (HBO therapy) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29192 (Florida)

Identificador de LCD: L29347 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para hyperbaric oxygen therapy (terapia HBO) fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada en base a una solicitud de reconsideración para requerir un diagnóstico dual para el tratamiento de úlceras de insuficiencia arterial si persisten después de que la cirugía reconstructiva ha restaurado la función de los vasos grandes. La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD y el archivo adjunto "Coding Guidelines" ha sido actualizado para añadir ICD-9-CM código V58.73 (cuidado postoperatorio después de la cirugía del sistema circulatorio, NEC) como un código de diagnóstico secundario con ICD-9-CM código 444.21, 444.22, o 444.81 (embolia arterial y trombosis) cuando es facturado en un ámbito ambulatorio después de la hospitalización.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 30 de diciembre 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 <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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.

## Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión del anexo "Coding Guidelines" (códigos *CPT*® 72194, 93880 y 93882) de la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29195 (Florida)
Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas
Vírgenes de los Estados Unidos)

El anexo "Coding Guidelines" de la determinación de cobertura local (LCD) para 'independent diagnostic testing facility (IDTF)' (centros de diagnóstico independiente [IDTF]) fue recientemente revisado el 7 de octubre de 2013. Desde entonces, el anexo "Coding Guidelines" ha sido revisado para corregir la sección "Technician Qualification Requirements" de "Credentialing Matrix" para el código 72194 del Current Procedural Terminology (CPT®). En adición, para los códigos CPT® 93880 y 93882 la sección de la matriz "Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements" fue revisada para remover la referencia para 93875 "Contractor Determination Number" de la LCD titulada 'non-

invasive extracranial arterial studies' (estudios arteriales extracraneales no invasivos).

### Fecha de vigencia

La revisión al anexo de la LCD "Coding Guidelines" es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 5 de noviembre 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 <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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*.

### Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29289 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para "therapy and rehabilitation services" (servicios de terapia y rehabilitación) fue recientemente revisada el 1 de enero de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada para agregar los códigos 96125 y 97532 del *Current Procedural Terminology* (*CPT*®) específicos a los servicios de terapia del habla y lenguaje bajo la sección de la LCD "*CPT*®/HCPCS Codes". El código *CPT*® 96125 también se añadió específico para los servicios de terapia física y/u ocupacional bajo la sección de la LCD "*CPT*®/HCPCS Codes". En adición, la sección de la LCD "Sources of Information and Basis for Decision" también fue revisada.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 8 de noviembre 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 <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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.

## Psychological and neuropsychological tests – revisión a la LCD de Parte A/B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para las pruebas psicológicas y neuropsicológicas fue efectiva el 14 de octubre de 2013. Desde entonces, la LCD fue revisada para remover el código *CPT*<sup>®</sup> 96125 y añadirlo a la LCD de servicios de rehabilitación y terapia. En adición, el archivo adjunto de las pautas de codificación también fue revisado.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 27 de

noviembre de 2013, para servicios prestados a partir del 14 de octubre 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 <a href="http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx">http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx</a>.

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		ero de enta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicacion de Medicare Parte B de MAC J9 están disponible español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que nece ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscranual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2013 a septiembre 2014.	esiten	0260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2013 — El catálogo honorarios de médicos y profesionales de la sa Parte B de Medicare para servicios prestados de la 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2013 disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_d (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas pago para todas las localidades. No están includas tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS.  Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; el revisiones serán publicadas en futuras ediciones las ediciones de Medicare Part B.	lud de lesde , está atos a s de lidas assas	0270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [ ] E	spañol [ ]				
	Escriba	de mai	nera legible	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.

	Medicare Publications P.O. Box 406443 Atlanta, GA 30384-6443		
Nombre de contacto:		·	
Proveedor/nombre de la oficina:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Teléfono:			
Discoultre seastate			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

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

Envíe este formulario con su pago a: First Coast Service Options Inc.



### **Direcciones Postales**

Reclamaciones

Documentación adicional Correspondencia general

**Correspondencia de congresistas** First Coast Service Options Inc.

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

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

### RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

Palmetto Goverment 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 infuenza

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**

Atencion 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**

Atencion 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), prostéticos u ortóticos

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

Reclamaciones electrónicas (EMC) Reclamaciones, acuerdos y

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

preguntas

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

Misceláneo

Problemas de participación del proveedor y afiliación de grupo; solicitudes por escrito para UPÍN. perfiles y tarifas fijas: inscipción en Medicare P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Jacksonville, FL 32231-0019

Cambio de dirección del proveedor

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

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

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

Registro para eventos educacionales 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

Provedores. Llamada gratis Servicio al cliente:

1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática

(IVR): 1-877-847-4992

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.

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 prostéticas

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

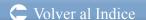
http://medicare.fcso.com http://medicareespanol.fcso.com

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

### Cambio de dirección del proveedor:

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

У

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 educacionales:

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 educacionales

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

