

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Diciembre 2013



En esta edición

Implementación del código TAVR permanente.....	3
Revisados los códigos de denegación	6
CMS actualiza acuerdo de autorización	10
Actualización de 2014 para tarifa fija.....	13
Cambios de tarifas de pago y políticas de ESRD	18
CMS anula MM8271	19
CMS emite actualizaciones de 2014 de PPS	20
Actualización de abril de 2014 de modificaciones.....	31

El SPOT hace el trabajo pesado para las prácticas de terapia física

Los cambios en la política de cobertura de Medicare, mientras que protegen el fondo fiduciario de Medicare, y promueven mejores servicios para los beneficiarios, a veces pueden crear dolores de cabeza para las prácticas de los consultorios médicos.

Para los proveedores de terapia física, los cambios políticos recientes, tales como límites de terapia, ponen a los proveedores en riesgo para los miles de dólares en reclamaciones cuando los beneficiarios exceden el umbral de los límites.

Para ayudar a que los proveedores de salud se mantengan actualizados sobre la elegibilidad del paciente, y otra información de beneficios, First Coast Service Options creó el **Secure Provider Online Tool (el SPOT)**.

“Para muchas de las prácticas de terapia física en Florida, Medicare es todo. Y el uso de **el SPOT** en gran medida ayuda a las oficinas a optimizar sus procesos, en particular con la elegibilidad y la verificación de beneficios,” dice Linda Zane, Presidente del Physical Therapy Association de Florida, una red de más de 150 proveedores de rehabilitación independientes en 40 ciudades de la Florida.

“Mi experiencia con **el SPOT** es que me está ahorrando un montón de tiempo y recursos. El IVR (sistema de respuesta automática) es laborioso y requiere un guión detallado. Gracias a **el SPOT**, ya no necesito un gerente de facturación de Medicare altamente capacitado para

manejar las búsquedas de elegibilidad, alguien en la recepción puede manejar esto con un simple conjunto de instrucciones.”

Entre las herramientas útiles para los proveedores de terapia física, el SPOT ofrece subsecciones que muestran la información de límites de terapia ocupacional, física y del habla. La sección de los deducibles/límites muestra la suma de los servicios de terapia utilizados

“**SPOT es increíble porque nos ha dado una herramienta que puede ser utilizada fácilmente por un empleado en el nivel de principiante y esto ha tenido un gran impacto positivo en nuestro negocio.**”

– Linda Zane, Presidente, Physical Therapy Association de Florida



Linda Zane, (izq.) y Dr. Ira Fiebert, cofundador del Physical Therapy Institute en el condado Palm Beach en 1987.

por el beneficiario de Medicare, el cual se emplea para determinar si el paciente supera el respectivo límite de terapia anual.

(Continúa en la página 7)



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cirugía bariátrica para el tratamiento de condiciones comórbidas.....	3
Implementación del código de procedimiento TAVR permanente.....	3
Implementación de la regla de fase III CORE 360 CARC y RARC.....	4
Propuesto nuevo cronograma para alcanzar la Etapa 3.....	5
Uso del código de denegación de ajuste de reclamación 23.....	5
Revisados los códigos de denegación de reclamaciones.....	6
Actualización de 2014 para las tarifas fijas de laboratorio clínico.....	7
Nuevos códigos de terapia y de evaluación del habla.....	8
Actualización de CY 2014 a los requerimientos de AIC.....	9
Procedimientos de proveedores recalitrantes.....	9
Implementación de las provisiones de inscripción de proveedores.....	10
CMS actualiza el acuerdo de autorización de EFT: CMS 588.....	10
Actualizaciones adicionales al 'Program Integrity Manual'.....	11
Nuevo código de vacuna para el virus de influenza.....	11
Visita de bienestar anual mejora la salud del beneficiario.....	12
Cambios a los cálculos de pago de férulas, yesos y ciertos lentes intraoculares.....	12
Actualización de 2014 para la tarifa fija de DMEPOS.....	13
MLN Connects™ Provider e-News de CMS.....	14

Próximos eventos educacionales.....	15
--	-----------

Parte A

Con el acuerdo Jimmo v. Sebelius, CMS aclara la política de cobertura.....	16
Medicare Benefit Policy Manual – actualización de RHC y FQHC.....	16
Especificaciones de la versión 15.0 de enero de 2014 del I/OCE.....	17
Cambios de tarifas de pagos y políticas de ESRD 2014 finalizados.....	18
CMS anula MM8271.....	19
Revisión de admisiones de hospitalización.....	20
CMS emite actualizaciones de 2014 de PPS.....	20
Medicare finaliza los pagos de salud en el hogar para el 2014.....	21
CMS implementa cambios en el sistema de pagos prospectivos de ESRD.....	21
CMS incrementa el reembolso de la tarifa de Medicare.....	22
Actualización de tarifa del sistema de pago prospectivo HH.....	23

Gráficos

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

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A.....	27
Contactos Parte A de Puerto Rico.....	29
Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	30

Parte B

Actualización a las modificaciones de NCCI de enero 2014, versión 20.0.....	31
Actualización de abril 2014 a las modificaciones de NCCI versión 20.1.....	31

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	33
Denegaciones más frecuentes.....	34
Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables.....	35

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B.....	36
Ordenar materiales de Parte B.....	38
Contactos Parte B de Puerto Rico.....	39
Contactos Parte B de Florida.....	40
Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	41

Medicare A y B Al Día

Vol. 5, No. 12
Diciembre 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

Cirugía bariátrica para el tratamiento de condiciones comórbidas relacionadas a la obesidad mórbida

Número de *MLN Matters*: MM8484Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8484
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 24 de septiembre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2841CP y R158NCD
Fecha de implementación: 17 de diciembre de 2013

Resumen

La petición de cambio 8484 actualiza la cobertura de cirugía bariátrica, la cual incluye lo siguiente:

- Efectivo para fechas de servicio a partir del 24 de septiembre de 2013, la certificación de centro ya no será requerida
- Se realizarán cambios administrativos menores al *National Coverage Determination Manual*, pero no habrá ningún cambio en la cobertura
- Los contratistas administrativos de Medicare tienen la autoridad de tomar decisiones de cobertura para cualquier procedimiento de cirugía bariátrica no identificado específicamente como cubierto o no cubierto por una determinación de cobertura nacional.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8484.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8484, 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/R2841CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R158NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2841, CR 8484 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 158, CR 8484

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

Implementación del código de procedimiento TAVR permanente

Número de *MLN Matters*: MM8537
Número de petición de cambio relacionado: 8537
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de noviembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2827CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8168 proporcionó instrucciones detalladas de facturación para los servicios de reemplazos de la válvula aórtica de transcáteter (TAVR), la cual también implementó el siguiente *Current Procedural Terminology (CPT®)* temporero:

- *0318T: Transcatheter aortic valve replacement (TAVR/TAVI) with prosthetic valve; transapical approach (e.g., left thoracotomy)*

La CR 8537 actualiza la CR 8168 al expirar el CPT® 0318T (para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014) y reemplazarlo con el siguiente CPT®:

- *33366: Transcatheter aortic valve replacement (TAVR/TAVI) with prosthetic valve; transapical exposure (e.g., left thoracotomy)*

Este cambio de codificación aparece en la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos de enero 2014 y actualizaciones del editor de código ambulatorio integrado.

(Continúa en la página siguiente)

Implementación... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8537.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8537, 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/R2827CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2827, CR 8537

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.

EDI

Implementación de la regla de fase III CORE 360 CARC y RARC – versión 3.0.3

Número de *MLN Matters*: MM8518

Número de petición de cambio relacionado: 8518

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: R1316OTN

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Para promover la implementación de transacciones electrónicas y lograr la reducción de costo y mejoras de eficiencia, la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) ordena la adopción de un conjunto de reglas operacionales para cada una de las transacciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La ACA define las reglas operacionales y especifica la función de las reglas operacionales en relación a los estándares. El conjunto de las reglas operacionales de la fase III de transferencia electrónica de fondos (EFT) CORE y remesa de pago electrónica (ERA) de la junta del cuidado de la salud de calidad asequible (Council for Affordable Quality Healthcare, CAQH) debe ser implementado el 1 de enero de 2014.

El CAQH publicó la combinación del código versión 3.0.3 el 1 de octubre de 2013, el cual se basa en las actualizaciones de CARC y RARC de julio de 2013.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8518.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8518, 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/R1316OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1316, CR 8518

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



EHR

Propuesto nuevo cronograma para alcanzar la Etapa 3 del uso significativo de EHR

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) propusieron recientemente un nuevo cronograma para la implementación de la Etapa 3 del uso significativo de los programas de incentivo de registro de salud electrónico de Medicare.

El “uso significativo” es el grado en el cual que un proveedor utiliza los registros electrónicos en el ejercicio de su práctica clínica tal como la emisión de prescripciones u ordenar los exámenes médicos, el seguimiento del estado de salud del paciente, o la presentación de las medidas de calidad clínica a través de sistemas electrónicos. El cronograma revisado implicará:

- Los proveedores en su primer año de la Etapa 1, para el programa de incentivo EHR de Medicare en el 2014, deben comenzar a los 90 días de la Etapa 1 del uso significativo no más tarde del 1 de julio, 2014, y presentar el certificado el 1 de octubre de 2014, a fin de evitar los ajustes de pagos en 2015.
- Los proveedores que hayan completado un año de la Etapa 1 del uso significativo deben demostrar un segundo año de la Etapa 1 del uso significativo en 2014 para un periodo de reporte de tres meses fijado en el trimestre por Medicare. Estos proveedores deberán demostrar la Etapa 2 del uso significativo durante dos años (2015 y 2016), y la Etapa 3 de uso significativo comenzará en 2017.
- Los proveedores que han completado dos o más años de la Etapa 1 del uso significativo aún tienen que demostrar la Etapa 2 de uso significativo en 2014 para un periodo de reporte de tres meses fijado en el trimestre por Medicare. Estos proveedores deberán demostrar la Etapa 2 del uso significativo durante tres años (2014, 2015 y 2016), y comenzar la Etapa 3 de uso significativo en 2017.

Estos cambios permitirán a CMS centrar los esfuerzos en la implementación exitosa de la participación mejorada de los pacientes, la interoperabilidad y los requerimientos de intercambio de información de salud en la Etapa 2; y utilizar la información obtenida de participación en la Etapa 2 para informar las decisiones de política de la Etapa 3. De acuerdo con CMS, el nuevo cronograma permitiría suficiente tiempo para que los desarrolladores puedan crear y distribuir la tecnología EHR certificada antes de que comience la Etapa 3. Para obtener más información sobre los incentivos EHR, [visite las páginas de EHR de Medicare](#).

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

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

Facturación

Uso del código de denegación de ajuste de reclamación 23

Número de *MLN Matters*: MM8297

Número de petición de cambio relacionado: 8297

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de noviembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1318OTN

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014, excepto el 7 de julio de 2014 para los proveedores que facturan DME MAC

Resumen

Efectivo el 1 de abril de 2013, la petición de cambio (CR) 8154 (vea [MM8154](#)) integró CARC 23 a la rutina de la actualización del código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y el código de comentario de remesa de pago (RARC). La actualización incluye instrucciones que CARC 23 se debe utilizar con el código de grupo OA (otro ajuste); la modificación a CARC 23 resultó en algunos problemas para Medicare.

Efectivo el 1 de abril de 2014, los sistemas de procesamiento de reclamación de Medicare serán modificados para utilizar CARC 23 para reportar el impacto de la adjudicación de pagadores anteriores en el pago de Medicare en caso de una reclamación secundaria. La CR 8297, de la cual este artículo es tomado, instruye a los mantenedores del sistema compartido de Medicare sobre cómo utilizar CARC 23 para reportar la adjudicación de pagadores anteriores en caso de una reclamación secundaria.

Información adicional

(Continúa en la página siguiente)

Uso... (continuación)

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8297.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8297, 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/R1318OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1318, CR 8297

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.

Revisados los códigos de denegación de reclamaciones para los servicios prestados a los beneficiarios encarcelados

Número de *MLN Matters*: MM8488

Número de petición de cambio relacionado: 8488

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2013

Fecha de efectividad: 24 de febrero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1320OTN

Fecha de implementación: 24 de febrero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron instrucciones para que los contratistas de la administración de reclamaciones de Medicare utilicen los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC), los códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) y el código de grupo actualizados cuando denieguen las reclamaciones por servicios prestados a beneficiarios encarcelados de Medicare.

Los MAC comenzarán a usar los siguientes CARC, RARC y código de grupo nuevos cuando denieguen las reclamaciones por los servicios prestados a los beneficiarios mientras se encuentren bajo custodia policial federal, estatal o local:

- CARC: 258 – Reclamación/servicio no está cubierto cuando el paciente se encuentra bajo custodia o encarcelado. La autoridad federal apropiada, estatal o la autoridad local pueden cubrir esta reclamación/servicio. Además, los MAC comenzarán a usar el siguiente lenguaje revisado RARC N103 cuando denieguen las reclamaciones por los servicios prestados a los beneficiarios mientras se encuentren bajo custodia federal, estatal o local:
- RARC: N103 – “Los registros de Medicare indican que este paciente era un preso o estaba bajo custodia de la autoridad federal, estatal o local cuando el servicio fue prestado. Este pagador no cubre los artículos y los servicios provistos a un individuo mientras que él o ella se encuentra en custodia bajo una ley o estatuto penal, a menos que bajo la ley estatal o local, el individuo sea personalmente responsable por el costo de su cuidado de la salud durante su detención y el estado o el gobierno local persiga el cobro de dicha deuda de la misma manera y con el mismo vigor que el cobro de sus otras deudas.”
- ‘Group Code’ (código de grupo): OA – otro ajuste

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8488.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8488, 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/R1320OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1320, CR 8488

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.

EI SPOT... (continuación)

A Zane también le gusta la posibilidad de revisar la elegibilidad del paciente a los pocos días de la cita con el paciente. Antes de **el SPOT**, Zane dice que la elegibilidad se produciría varios días antes de una visita del paciente. Como propietario de una práctica de terapia física independiente, no tener acceso oportuno a la verificación del beneficiario, y a la información precisa elegibilidad, a veces puede afectar el ingreso de efectivo.

“Un paciente con una úlcera puede necesitar atención en el hogar para cambiar su apósito. Cuando un paciente como este viene a terapia física, nos dice que no recibió atención médica en el hogar. Sólo más tarde, nos damos cuenta de que nuestra reclamación fue denegada porque el paciente no entendió que el cuidado de su herida era un episodio de atención médica domiciliaria.

“Con **el SPOT**, puedo determinar si un paciente está bajo un plan de cuidado de salud en el hogar antes de que llegue al consultorio”, dijo Zane. “Si hay un problema con el tiempo de las reclamaciones que no aparecen en el sistema, entonces puedo manejar el problema, si es posible, y sólo tengo el riesgo, como máximo, para una sola visita de terapia física.

Zane dice que ella ve muchos otros beneficios en **el SPOT**. “**EI SPOT** me permite una forma sencilla de realizar un seguimiento del límite de la terapia. Con el IVR, los proveedores se limitan a tres consultas por llamada. **EI SPOT** me da tiempo para determinar si el paciente está a punto de alcanzar el límite. No hay límite en número de consultas que hace. Si usted tiene una docena de pacientes que están cerca del umbral, se puede realizar un seguimiento casi todos los días para asegurarse de que no lo han alcanzado”.

Zane dice que promueve el uso de **el SPOT** entre sus compañeros tan frecuente como es posible. “**EI SPOT** es increíble, porque nos ha dado una herramienta la cual puede ser utilizada fácilmente por un empleado en el nivel de principiante y esto ha tenido un gran impacto positivo en nuestro negocio,” dice Zane.

Para obtener acceso a **el SPOT**, [haga clic aquí](#).

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

Actualización de 2014 para las tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios sujetos al pago de cobro razonable

Número de *MLN Matters*: MM8517

Número de petición de cambio relacionado: 8517

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2823CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización anual de tarifas fijas de laboratorio clínico y los servicios de laboratorio sujetos al pago de cobro razonable.

En la actualización, CMS proporciona instrucciones para acceder al archivo de datos de tarifas fijas de 2014 de laboratorio clínico, el mapeo de nuevos códigos para las pruebas de laboratorio clínico y las actualizaciones de los costos de laboratorio sujetos al pago de cobro razonable.

Los aspectos destacados del artículo completo de *MLN Matters*® incluyen:

- Las tarifas fijas de laboratorio clínico de 2014 incluyen las tarifas pagables por separado para ciertos métodos de recogida de muestras (códigos 36415, P9612 y P9615).
- Las tarifas fijas de laboratorio clínico de 2014 incluyen los códigos que tienen un modificador “QW” tanto para identificar los códigos como para determinar el pago de las pruebas realizadas

por un laboratorio que tiene solamente un certificado de exención bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).

- Las tarifas de los códigos P9603 y P9604 de viaje para laboratorio clínico se actualizan de forma anual. Los códigos de viaje de laboratorio clínico son facturables sólo para viajar a realizar una recogida de muestras, ya sea para una residencia de ancianos o pacientes confinados al hogar.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8517.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8517, 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/R2823CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2823, CR 8517

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

Nuevos códigos de terapia y de evaluación del habla se agregan a la facturación consolidada de HH

Número de *MLN Matters*: MM8539

Número de petición de cambio relacionado: 8539

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2835CP

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio en o a partir del 1 de abril de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) agregarán los siguientes códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y del *Current Procedural Terminology*[®] a las siguientes listas de facturación consolidada de salud en el hogar:

Lista de códigos de suministro no rutinario (A7047 es nuevo para 2014)

- A7047 Oral interface used with respiratory suction pump, each. (Interfaz oral utilizada con bomba de aspiración respiratoria, cada una)
- A6531 Gradient compression stocking, below knee, 30-40 MMHG, each. (Media con gradiente de compresión, debajo de la rodilla, 30-40 MMHG, cada una)
- A6532 Gradient compression stocking, below knee, 40-50 MMHG, each. (Media con gradiente de compresión, debajo de la rodilla, 40-50 MMHG, cada una)



Lista de códigos de terapia (reemplaza el código 92506)

- 92521 *Evaluation of speech fluency (eg, stuttering, cluttering).* (Evaluación de la fluidez del habla (por ejemplo, tartamudeo, desorden)
- 92522 *Evaluation of speech sound production (eg, articulation, phonological process, apraxia, dysarthria).* (Evaluación de la producción de sonido del habla (por ejemplo, articulación, proceso fonológico, apraxia, disartria)
- 92523 *Evaluation of speech sound production (eg, articulation, phonological process, apraxia, dysarthria); with evaluation of language comprehension and expression (eg, receptive and expressive language).* Evaluación de la producción de sonidos del habla (por ejemplo, articulación, proceso fonológico, apraxia, disartria), con evaluación de comprensión del lenguaje y de expresión (por ejemplo, el lenguaje receptivo y expresivo)
- 92524 *Behavioral and qualitative analysis of voice and resonance.* (Análisis cualitativo y de comportamiento de la voz y la resonancia)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8539.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8539, 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/R2835CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2835, CR 8539

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

Actualización de CY 2014 a los requerimientos de AIC para ALJ y apelaciones de la corte del distrito federal

El Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) requiere una reevaluación anual de la cantidad de dinero en controversia requerida para una audiencia del juez de derecho administrativo (ALJ) (revisión de tercer nivel) o revisión de la corte del distrito federal (quinto nivel).

- **Petición de audiencia de ALJ:** la cantidad que tiene que permanecer en controversia para las peticiones de audiencia de ALJ presentadas en o antes del 31 de diciembre de 2013, es \$140. Esta cantidad se mantiene en \$140 para las peticiones de audiencia de ALJ presentadas a partir del 1 de enero de 2014.

Revisión de la corte del distrito federal: la cantidad que debe permanecer en controversia para las peticiones de revisión de la corte del distrito federal presentadas en o antes del 31 de diciembre de 2013, es \$1,400. Esta cantidad aumentó a \$1,430 para las apelaciones presentadas a la corte del distrito federal a partir del 1 de enero de 2014.

Procedimientos de proveedores recalcitrantes

Número de *MLN Matters*: MM8394
Número de petición de cambio relacionado: 8394
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 15 de enero de 2014 - Este proceso se encuentra actualmente en vigor y esta es una clarificación a través de una actualización manual.
Número de transmisión de CR relacionado: R495PI
Fecha de implementación: 15 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio 8394 proporciona información sobre cómo los contratistas administrativos de Medicare (MAC) están haciendo frente a los proveedores recalcitrantes. En el contexto de este artículo, los proveedores recalcitrantes se definen como aquellos que abusan del programa Medicare y no cambian su comportamiento inapropiado, incluso después de que sus contratistas de Medicare les han dado una amplia educación del proveedor que hace frente a estos comportamientos.

Estos proveedores que no cumplen, y que se niegan a cumplir con las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, resultarán puestos en revisión

médica prepago por los MAC de estos proveedores causando una carga administrativa.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8394.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8394, 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/R495PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 495, CR 8394

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 calculadoras de “tiempo límite” en nuestra página de apelaciones de decisiones de reclamaciones. Cada calculadora *calculará automáticamente* cuando usted debe enviar su solicitud basada en la fecha de la determinación inicial de la reclamación o el nivel de apelación anterior.



Inscripción del Proveedor

Implementación de las provisiones de inscripción de proveedores en CMS-6028-FC

Número de *MLN Matters*: MM7350 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7350
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2011
 Fecha de efectividad: 25 de marzo de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R371PI
 Fecha de implementación: 25 de marzo de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron una norma final con periodo de comentario, titulado “Medicare, Medicaid, and Children’s Health Insurance Programs; Additional Screening Requirements, Application Fees, Temporary Enrollment Moratoria, Payment Suspensions and Compliance Plans for Providers and Suppliers” (CMS-6028-FC). “(Medicare, Medicaid y el programa de seguro médico infantil, los requisitos adicionales de revisión, las tasas de inscripción, inscripciones moratorias temporales, suspensiones de pago y planes de cumplimiento para los proveedores y abastecedores (CMS-6028-FC)”. Esta norma se publicó el 2 de febrero de 2011, edición del *Registro Federal*

La norma finaliza las provisiones relacionadas con lo siguiente:

- Establecimiento de categorías de revisión en la inscripción de proveedores
- Presentación de las tarifas de aplicación como parte del proceso de inscripción de proveedores
- Suspensiones de pagos basado en las denuncias creíbles de fraude, y
- La autoridad para imponer una moratoria temporal de la inscripción de nuevos proveedores de Medicare y los abastecedores de un determinado tipo (o la creación de nuevos lugares de práctica de un tipo particular) en un área geográfica.

El artículo de *MLN Matters* MM7350, el cual está basado en la petición de cambio 7350, describe cómo los contratistas de Medicare implementarán los cambios relacionados con la revisión de la inscripción del proveedor, tarifas de inscripción y moratorias temporales. (Las suspensiones de pago se abordarán a través de una guía separada del CMS).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM7350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7350, 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/R371PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 371, CR 7350

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 el acuerdo de autorización de EFT: CMS 588

La oficina de manejo y presupuesto recientemente aprobó los cambios al acuerdo de autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT) *CMS 588*. El CMS 588 revisado está disponible en el [listado de formularios de CMS](#).

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) continuarán aceptando la versión 05/10 del CMS 588 hasta el 31 de diciembre de 2013. Después del 31 de diciembre de 2013, los MAC devolverán todas las versiones 05/10 recién presentadas de las solicitudes CMS 588 con una carta explicando que la solicitud CMS 588 ha sido actualizada y el proveedor/suplidor debe presentar una versión actual (09/13) de la solicitud CMS 588.

Fuente: CMS PERL 201312-03

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

Actualizaciones adicionales al ‘Program Integrity Manual’

Número de *MLN Matters*: MM8393

Número de petición de cambio relacionado: 8393

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

Fecha de efectividad: 7 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R492PI

Fecha de implementación: 7 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio 8393 actualiza numerosas determinaciones de políticas de inscripción del proveedor en el capítulo 15 del *Medicare Program Integrity Manual*, el cual incluye la tarifa de solicitud de \$542.00 para 2014 y las entidades desatendidas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8393.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8393, 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/R492PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 492, CR 8393

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

Servicios preventivos

Nuevo código de vacuna para el virus de influenza

Número de *MLN Matters*: MM8473

Número de petición de cambio relacionado: 8473

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2824CP

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Efectivo el 1 de abril de 2014, Medicare pagará por el código 90673 de la vacuna del virus de influenza del *Common Procedural Terminology*® (CPT®). Su contratista administrativo de Medicare (MAC) agregará el código CPT® 90673 a la edición existente de la vacuna del virus de influenza y aceptará el código de reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014.

Nota: Todos los médicos, profesionales de la salud y proveedores que administran la vacunación contra el virus de influenza deben tomar la asignación en la reclamación para la vacuna.

Hasta que los cambios sean implementados el 1 de abril de 2014, su MAC:

- Utilizará las directrices de fijación de precios locales para determinar las tarifas de pago para CPT® 90673, y
- Retendrá las reclamaciones institucionales

Una vez que se hayan implementado los cambios en el sistema, las reclamaciones institucionales serán liberadas para procesamiento, y las reclamaciones de la Parte B tendrán un precio como se refleja en la [actualización de la asignación anual de pago para la temporada de gripe 2013-2014](#). **Nota:** No aplica coaseguro anual ni deducible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8473.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8473, 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/R2824CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2824, CR 8473

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.

Visita de bienestar anual mejora la salud del beneficiario

Número de *MLN Matters*: SE1338 publicado nuevamente
 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

Medicare cubre dos servicios importantes para los beneficiarios que podrían mejorar su salud considerablemente.

Según nuevos beneficiarios de Medicare se unen al programa, el plan de salud cubre un examen físico preventivo inicial (IPPE) especial, o una visita al proveedor de “Bienvenida a Medicare”. El paciente debe recibir un IPPE dentro de los primeros 12 meses después de la fecha efectiva de su cobertura de Medicare Parte B. El IPPE es un beneficio de una sola vez y consiste de una revisión de los signos vitales del paciente, historia médica y social, factores de riesgo potencial de depresión y otros trastornos del estado de ánimo, habilidad funcional y nivel de seguridad entre otros indicadores de salud.

También, cada año después de la inscripción inicial, se anima a los beneficiarios a participar en la visita de bienestar anual de Medicare (AWV). Medicare paga por un AWV para los beneficiarios que ya no están dentro de los 12 meses de la fecha efectiva de su primera parte del periodo de cobertura de Parte B y no han tenido un IPPE o AWV dentro de los 12 meses previos. Medicare paga sólo por un AWV inicial. Medicare pagará visitas de bienestar subsiguientes. Sin embargo, los elementos en la primera AWV y las subsiguientes, y los códigos para facturarlos, son diferentes.

Estos beneficios preventivos les permiten a los proveedores evaluar la salud de los pacientes anualmente para ayudar a determinar si los beneficiarios tienen algún factor de riesgo y si son elegibles para más servicios preventivos y evaluaciones. El nivel de reembolso promedio para un AWV es \$107 y \$150 para el IPPE sin deducible de paciente o copago. Los proveedores deben verificar el [manual de tarifas fijas de Medicare para médicos](#) para un reembolso exacto para cada localidad y entorno.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1338.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1338

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.

Tarifas fijas

Cambios a los cálculos de pago de férulas, yesos y ciertos lentes intraoculares

Número de *MLN Matters*: MM8523
 Número de petición de cambio relacionado: 8523
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014, para el pago con base en un cargo razonable y 1 de abril de 2014, para el pago con base en una tarifa fija nacional
 Número de transmisión de CR relacionado: R2837CP
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014, para el pago con base en un cargo razonable y 7 de abril de 2014, para el pago con base en una tarifa fija nacional

Resumen

Las sumas de los cargos razonables para férulas, yesos y lentes intraoculares que son efectivas para las fechas de servicio del 1 de enero- 31 de marzo de 2014, se muestran en el ‘Attachment A’ de la petición de cambio 8523. La actualización del factor del cargo indexado a la inflación (IIC) para 2014 es 1.8 por ciento.

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... (continuación)

Efectivo para las fechas de servicio en o a partir del 1 de abril 2014, el pago de férulas y yesos, y los lentes intraoculares IOL insertados en el consultorio de un médico, se hará usando las sumas de la tarifa fija nacional y ya no se calcularán los cargos razonables para estos artículos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8523.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8523, 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/R2837CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2837, CR 8523

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

Actualización de 2014 para la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM8531

Número de petición de cambio relacionado: 8531

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2836CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) son actualizadas en forma anual de acuerdo con la ley y las regulaciones. Para el 2014, el factor de actualización del 1.0 por ciento se aplica a las sumas de las tarifas fijas DMEPOS aplicables en el CY 2013.

Esta actualización incluye los códigos nuevos y eliminados, efectivo a partir del 1 de enero. Además, los cambios en los códigos del dispositivo neuroestimulador L8685, L8686, L8687 y L8688 se retiraron ya que estos servicios no serán válidos para Medicare ("I") efectivo el 1 de enero de 2014. Sin embargo, el código L8679 es agregado, el cual reemplazará los códigos L8685, L8686, L8687 y L8688.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8531.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8531, 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/R2836CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2836, CR 8531

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

MLN Connects™ Provider e-News de CMS

El MLN Connects™ Provider e-News de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial 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™ Provider e-News para el jueves, 27 de noviembre de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-11-27-eNews-PDF.pdf>

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 5 de diciembre de 2013 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-12-05-Enews.pdf>

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

MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 19 de diciembre de 2013 – <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2013-12-19-Enews.pdf>

Fuente: CMS PERL 201311-08, 201312-01, 201312-03, 201312-04

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Enero de 2014

Teleconferencia de Medicare “Pregúntele al contratista” (ACT): proceso de recuperación 935 (A/B)

Cuando: 28 de enero de 2014

Hora: 10:00 a.m.- 11:30 a.m. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Febrero de 2014

EDI presenta una descripción de PC - ACE Pro32™ software libre de costo de Medicare (B)

Cuando: 17 de febrero de 2014

Hora: 9:00 a.m.- 11:00 a.m. ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

EDI presenta una descripción de PC - ACE Pro32™ software libre de costo de Medicare (A)

Cuando: 17 de febrero de 2014

Hora: 11:30 a.m.- 1:30 a.m. ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcso.com> para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.) o llame a la línea de inscripción urgente de educación al proveedor de First Coast 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.

Cobertura

Con el acuerdo *Jimmo v. Sebelius*, CMS aclara la política de cobertura de servicios especializados

Número de *MLN Matters*: MM8458 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8458
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013
 Fecha de efectividad: 7 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R176BP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron una actualización de las porciones del *Medicare Benefit Policy Manual* (MBPM) para aclarar los componentes clave de los centros de enfermería especializada (SNF), centros de rehabilitación hospitalarios (IRF), salud en el hogar (HH) y la política de cobertura de paciente ambulatorio (OPT) de conformidad con el acuerdo en la solución del caso de *Jimmo v. Sebelius*.

El propósito del artículo de *MLN Matters*[®] es aclarar la política tradicional de Medicare donde de la cobertura de servicios especializados no puede ser denegada con base en la ausencia de una posible mejora o restauración. El cuidado especializado puede ser necesario para mejorar la condición actual de un paciente, para mantener la condición actual del paciente, o para prevenir o retrasar un mayor deterioro de la condición del paciente. Como tal, el material revisado del manual proporciona aclaraciones destinadas a ayudar a asegurar que las reclamaciones sean adjudicadas de forma precisa y apropiada, de acuerdo con la política existente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8458.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8458, 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/R176BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 176, CR 8458

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.

Medicare Benefit Policy Manual – actualización de RHC y FQHC

Número de *MLN Matters*: MM8504
 Número de petición de cambio relacionado: 8504
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R173BP
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron el capítulo 13 del Medicare Benefit Policy Manual para clarificar las políticas relacionadas a los servicios provistos a los beneficiarios de Medicare en centros de salud rural (RHC) y centros de salud federalmente calificados (FQHC).

En las actualizaciones del manual, CMS añadió un texto relacionado a los servicios del manejo del cuidado transicional (TCM), servicios para pacientes de servicios paliativos no relacionados a sus enfermedades terminales, y servicios de laboratorio provistos en los centros de salud federalmente calificados y los centros de salud rural. En la actualización CMS abordó lo siguiente:

- Los servicios de TCM también pueden ser considerados una visita de RHC o FQHC. Efectivo el 1 de enero de 2013, los RHC y los FQHC pueden facturar por servicios calificados de TCM prestados por un RHC o profesional de FQHC. Los servicios de TCM deben ser prestados dentro de 30 días de la fecha del alta de un hospital (incluyendo observación ambulatoria u hospitalización parcial), centro de enfermería especializada, o centro de salud mental de la comunidad (CMHC).

(Continúa en la página siguiente)

Medicare...(Continuación)

- A los RHC no se les paga por servicios prestados por personas contratadas aparte de los médicos. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben ser empleados por el RHC, según evidenciado por un formulario W-2 del RHC. Si otra entidad tal como un hospital tiene 100 por ciento de la propiedad del RHC, el formulario W-2 puede ser de esa entidad siempre y cuando todos los profesionales de la salud en el RHC reciban sus W-2 de su dueño.
- Los RHC y los FQHC pueden tratar a los beneficiarios de servicios paliativos para condiciones médicas no relacionadas a su enfermedad terminal. Sin embargo, si un beneficiario de Medicare que ha elegido el beneficio de servicios paliativos recibe el cuidado de un RHC o FQHC relacionado a su enfermedad terminal, el RHC o FQHC no puede ser reembolsado por la visita, aunque sea una visita cara a cara, médicamente necesaria con un proveedor de RHC o FQHC.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8504.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8504, 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/R173BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 173, CR 8504

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.

EDI

Especificaciones de la versión 15.0 de enero de 2014 del editor de códigos ambulatorios integrados

Número de *MLN Matters*: MM8548

Número de petición de cambio relacionado: 8548

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2838CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron las especificaciones de la versión 15.0 de enero de 2014 del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE). Los cambios del 2014 afectan múltiples ediciones de reclamación de pacientes ambulatorios y modificadores.

El I/OCE envía todas las reclamaciones institucionales de pacientes ambulatorios (lo que incluye las reclamaciones del hospital no - OPSS) a través de una única OCE integrada, eliminando la necesidad de actualizar, instalar y mantener dos paquetes de software OCE separados sobre una base trimestral. Con la actualización de I/OCE de 2014, CMS:

- Desactiva la lógica especial para hacer el pago por separado para determinados productos de sustitución de la piel cuando se facturan con los procedimientos de solicitud de sustitución de piel determinados (apéndice N)
- Implementa la nueva edición para requerir que los productos sustitutos de piel específicos (de alto costo frente a bajo costo) se presenten con los procedimientos de solicitud específicos de sustitución de la piel (apéndice N). La edición 87 se ve afectada
- Cambia del estado del indicador (SI) de N a A por cualquier código de laboratorio (lista de códigos) presentado en el tipo de factura 14x
- Desactiva la lógica para la asignación de indicadores de ajuste de pago 7 y 8 con modificadores de FB y FC para la reducción del pago de compensación
- Desactiva los indicadores de ajuste de pago 7 y 8
- Actualiza la lista de edición del conflicto procedimiento/sexo. Se ve afectada la edición 8

(Continúa en la página siguiente)

Especificaciones...(Continuación)

- Modifica la edición 75 (modificador o facturación incorrectos FB o FC) para aplicar si el modificador FB o FC es presentado en cualquier línea/cualquier SI en una reclamación

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8548.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8548, 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/R2838CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2838, CR 8548

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.

ESRD

Cambios de tarifas de pagos y políticas de ESRD 2014 finalizados



El 22 de noviembre, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una regla final que actualiza las políticas y tarifas de pago de Medicare para el 2014 para los centros de diálisis pagados bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD). CMS recibió el comentario público extensivo sobre la regla propuesta, emitido en julio. CMS revisó cuidadosamente los comentarios y ha decidido implementar una transición de tres a cuatro años para el ajuste de la utilización de medicamentos para la tarifa básica ordenada por el Congreso como parte del American Taxpayer Relief Act, y los pagos globales para el 2014 verán un cambio de 0 por ciento.

La regla también finalizó un aumento de un 50 por ciento al ajuste de pago agregado del adiestramiento de diálisis en el hogar que es realizado para diálisis peritoneal y tratamientos de adiestramientos de hemodiálisis en el hogar.

Mientras el ESRD PPS, implementado en el 2011, era efectivo para los servicios de diálisis provistos a partir del 1 de enero de 2011, el estatuto proporcionó un periodo de transición de cuatro años durante el cual a los centros de ESRD se les hizo un pago mixto con una porción de pagos basados en la metodología de tarifa compuesta y una porción basada en la nueva tarifa de PPS. En el 2014, el año final del periodo de transición

de cuatro años, todos los centros de ESRD serán pagados 100 por ciento de la tarifa de ESRD PPS para los servicios de diálisis renal provistos a partir del 1 de enero de 2014.

La regla final también fortalecerá el programa de incentivo de calidad de ESRD (QIP), la cual crea incentivos para los centros de diálisis para mejorar la calidad del cuidado y los resultados de los pacientes para los beneficiarios diagnosticados con ESRD. Para el programa ESRD QIP del año de pago (PY) 2016 (el cual dependerá de las medidas de ejecución del centro de diálisis durante el 2014), CMS está finalizando 11 medidas relativas a infecciones, tratamiento de la anemia, adecuación de diálisis, acceso vascular, manejo del metabolismo mineral, y la experiencia de cuidado del paciente. CMS también está finalizando el método por el cual las puntuaciones de rendimiento serán calculadas mediante la ponderación de las medidas clínicas al 75 por ciento de la puntuación de rendimiento total y ponderando las medidas de reporte al 25 por ciento. El ESRD QIP reducirá los pagos a los centros de ESRD que no cumplen o exceden ciertos estándares de ejecución.

El ESRD PPS y el ESRD QIP fueron ordenados por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008. El ESRD PPS pretende mejorar la eficiencia y reducir los incentivos para utilizar más artículos y servicios de lo necesario para cuidado adecuado, mientras que el ESRD QIP pretende promover el mejoramiento en la calidad del cuidado provisto a los beneficiarios de Medicare con ESRD.

Adicionalmente, la regla final incluye varias disposiciones relacionadas a las políticas de Medicare sobre equipo

(Continúa en la página siguiente)

Cambios...(Continuación)

médico durable (DME). CMS está finalizando la clarificación del requerimiento mínimo de tres años de por vida para DME y la distinción entre el DME comprado rutinariamente y el alquiler con límite máximo. La regla también finaliza la implementación de las tarifas fijas de presupuesto neutral para entablillado y yesos, y lentes intraoculares insertados en la oficina de un médico así como también algunas enmiendas técnicas y correcciones a las regulaciones existentes para el pago de artículos y servicios de equipo médico duradero, prótesis, y aparatos ortopédicos.

El texto completo de este extracto del [comunicado de prensa de CMS](#) (emitido el 22 de noviembre).

- [Regla final](#)
- [Centro de ESRD](#)

Fuente: CMS PERL 201311-07

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

Facturación

CMS anula MM8271

Número de *MLN Matters*: MM8271Anulado
Número de petición de cambio relacionado: 8271
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de julio de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R1262OTN
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anularon el artículo de *MLN Matters*® MM8271 seguido de la anulación de la petición de cambio (CR) 8271, el 27 de noviembre de 2013. De acuerdo con CMS, la CR 8271 no será reemplazada.

El artículo de *MLN Matters*® MM8271 fue publicado en la edición de agosto de Medicare A y B Al Día, página 17.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8271.pdf>.

Fuente: CR 8271

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.

Entérese primero: Suscríbese a eNews de First Coast

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

Hospital

Revisión de admisiones de hospitalización para la ‘regla de dos medias noches’

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha recibido instrucciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) sobre la regla final 1599-F; la “regla de dos medias noches.” Las instrucciones incluyen la finalización de las encuestas de revisión previa al pago en todos los hospitales de pacientes internos de Parte A.

Esta revisión de reclamación **incluye** todos los centros hospitalarios de cuidado intensivo, centros hospitalarios psiquiátricos y hospitales de cuidado a largo plazo. Las instrucciones **excluyen** los centros de rehabilitación hospitalaria y hospitales de cuidado crítico.

Los hospitales recibirán una carta de desarrollo a través del método normal de procesamiento de reclamaciones. Todos los registros de respaldo deben ser presentados tan pronto como sea posible, pero dentro de 30 días. Al completar todas las revisiones cada centro recibirá una carta de resumen con una explicación de reclamación por reclamación. La carta de resumen incluirá cualquier instrucción adicional.

Visite el sitio Web de CMS en <http://cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medical-Review/InpatientHospitalReviews.html> para pautas e información adicional.

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

Sistema de pago prospectivo

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

Número de *MLN Matters*: MM8421Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8421
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de noviembre de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R2819CP
 Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

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

Dentro de los detalles provistos en el artículo de *MLN Matters*® MM8421, CMS actualiza la fórmula para el [programa de reducción de readmisiones de hospital](#). Los hospitales ubicados en Puerto Rico no están sujetos al programa de reducción de readmisiones de hospital.

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8421, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2819CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2819, CR 8421

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

Medicare finaliza los pagos de salud en el hogar para el 2014

Cambios que promueven costos más bajos para los beneficiarios y contribuyentes

El 22 de noviembre, CMS emitió la regla final de pago del cuidado de la salud en el hogar de CY 2014. Las políticas finales en esta regla alinean mejor los pagos de Medicare con los costos de las agencias de salud en el hogar que proveen cuidado, mientras baja los costos para los contribuyentes y los 3.5 millones de beneficiarios de Medicare quienes reciben servicios de salud en el hogar a través de la nación.

La regla final de CY 2014 reduce los pagos de Medicare bajo el sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) por 1.05 por ciento. Esta cantidad refleja los efectos combinados de un aumento en el porcentaje de 2.3 por ciento de la actualización de pago de salud en el hogar, una disminución en la compensación de 2.7 por ciento – el resultado de la eliminación gradual de los ajustes requeridos por la Ley del Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act) – y una disminución de un 0.6 por ciento debido al refinamiento del agrupador de HH PPS.

Según requerido por la Ley del Cuidado de la Salud Asequible, CMS debe comenzar la eliminación gradual en los ajustes de rebase a la tasa de pago nacional del episodio de 60 días estandarizado, las tasas nacionales de pago por visita y el factor de conversión de NRS para reflejar los cambios desde el comienzo de HH PPS, tal como cambio en el número de visitas en un episodio, la mezcla de servicios en un episodio, el nivel de intensidad en un episodio, el costo promedio de proveer cuidado por episodio, y otros factores relevantes. Antes de la Ley del Cuidado de la Salud Asequible, las tasas eran basadas en un análisis del costo de la agencia de salud en el hogar y los datos de utilización de servicio disponible en 2000, cuando el HH PPS originalmente fue implementado.

La regla final añade dos nuevas medidas de calidad, las cuales requerirán a los HHA reportar las tasas de readmisión hospitalaria innecesaria y viajes prevenibles a la sala de emergencia. Estas medidas apoyan las reformas fundamentales colocadas en la Ley del Cuidado de la Salud Asequible. La regla final reduce la cantidad de medidas de calidad de salud en el hogar reportadas por agencias de salud en el hogar.

El texto completo de este [comunicado de prensa de CMS](#) (emitido el 22 de noviembre).

- [Regla final](#)
- [Sitio Web de PPS de salud en el hogar](#)

Fuente: CMS PERL 201311-07

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

CMS implementa cambios en el sistema de pagos prospectivos de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM8472 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8472

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R177BP y R2839CP

Fecha de implementación: 6 de enero 2014

Resumen

En 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementarán la cuarta fase del sistema de pagos prospectivos de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS), completando efectivamente un periodo de transición de cuatro años para los proveedores de servicios de ESRD.

De acuerdo con CMS, con la fase final completada, a todos los centros de ESRD se les pagará el 100 por ciento de la cantidad de pago ESRD PPS. En consecuencia, una tarifa mezclada con la tarifa del sistema de pago del caso básico compuesto se dejará de proveer.

En adición a la implementación, CMS actualiza la tarifa base 2013 de ESRD PPS para:

1. La bolsa de mercado agrupada de ESRD menos un ajuste de productividad de 2.8 el cual resulta en \$247.09.
2. El factor de ajuste 1.000454 del índice de salarios de neutralidad presupuestaria el cual resulta en \$247.20.
3. El factor de ajuste de 0.999912 de la adición de adiestramiento para diálisis en el hogar de neutralidad presupuestaria el cual resulta en \$247.28.

Luego de la aplicación de la bolsa de mercado agrupada de ESRD, el factor de ajuste del índice de salarios de neutralidad presupuestaria y el factor de ajuste de la adición de adiestramiento para diálisis en el hogar de neutralidad presupuestaria, la tarifa base de ESRD PPS será reducida por el ajuste de la cantidad de utilización de medicamento de \$8.16. Por consiguiente, la tarifa base ESRD PPS para 2014 es \$239.02.

(Continúa en la página siguiente)

CMS...(Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8472.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8472, 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/R177BP.pdf>. <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2839CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 177, CR 8472 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2839, CR 8472

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.

Tarifas fijas

CMS incrementa el reembolso de la tarifa de Medicare para las clínicas de salud rural y los centros de salud calificados por el gobierno federal

Número de *MLN Matters*: MM8469

Número de petición de cambio relacionado: 8469

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de diciembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2834CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron el aumento de las tarifas de pago para los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en las clínicas de salud rural (RHC) y los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) en 2014.

De acuerdo con CMS, el límite superior de pago de RHC por visita se incrementará de 79.17 a 79.80 el 1 de enero de 2014. La tarifa de 2014 refleja un aumento del 0.8 por ciento por encima del pago de 2013. El límite superior de pago de los FQHC por visita para los FQHC urbanos se incrementó de 128.00 a 129.02, efectivo el 1 de enero de 2014, también aumenta el 0.8 por ciento por encima del pago de 2013.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8469.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8469, 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/R2834CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2834, CR 8469

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

Actualización de tarifa del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar 2014

Número de *MLN Matters*: MM8515

Número de petición de cambio relacionado: 8515

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2013

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2820CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron las tarifas de episodio nacional de 60 días, cantidades nacionales por visita, cantidades de adición de ajuste de pago de baja utilización (LUPA), y cantidades de pago de suministro médico no rutinario bajo el sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) para el 2014.

La actualización de la bolsa del mercado de salud en el hogar (HH) para 2014 es 2.3 por ciento. Las agencias de salud en el hogar (HHA) que no reporten los datos de calidad requerida recibirán una reducción de 2 por ciento para la actualización de la bolsa del mercado HH de 2.3 por ciento (0.3 por ciento) para el 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8515.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8515, 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/R2820CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2820, CR 8515

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 suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta septiembre 2014.

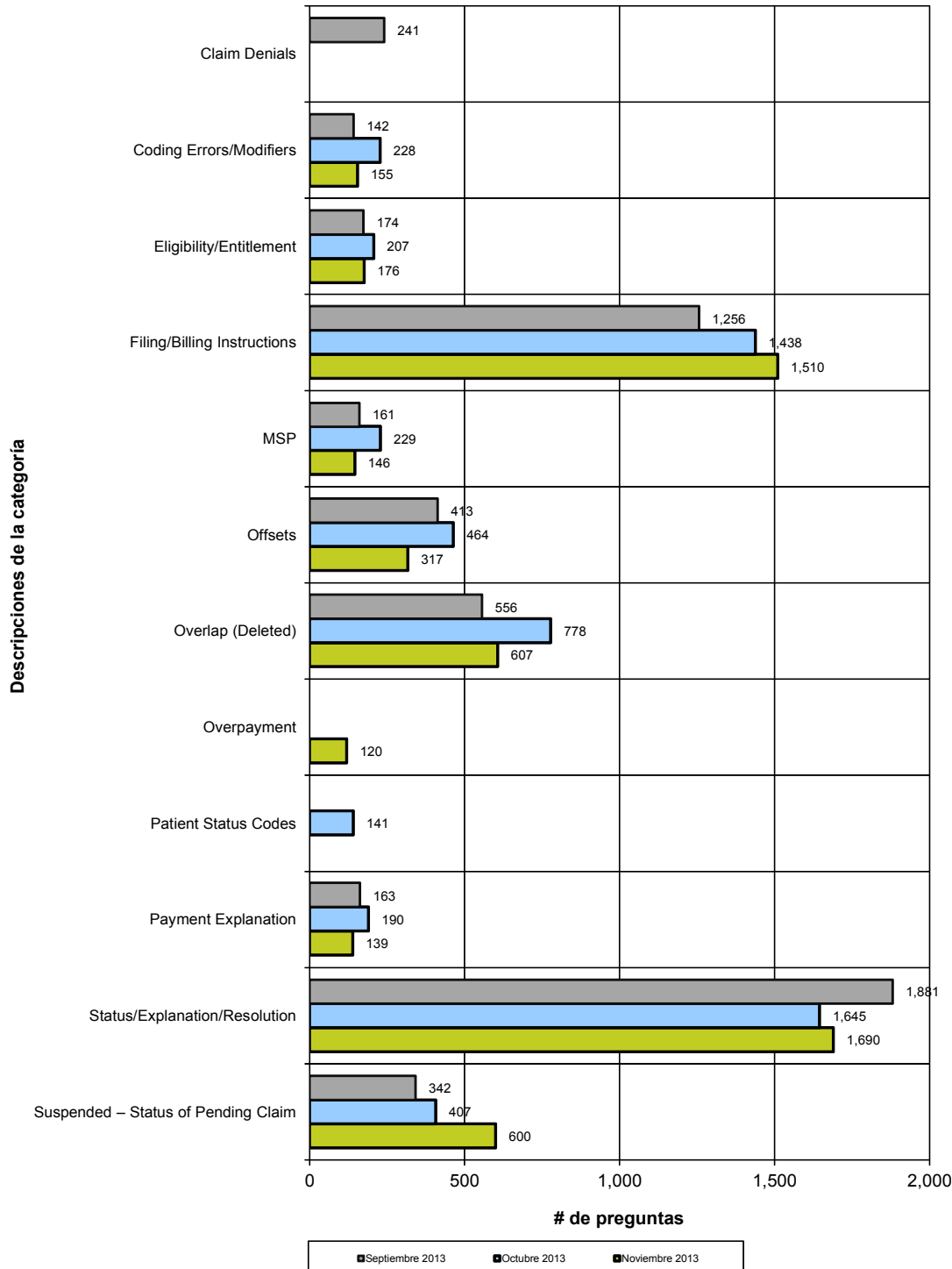
Para ordenar una suscripción anual, complete el *formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte A*.

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

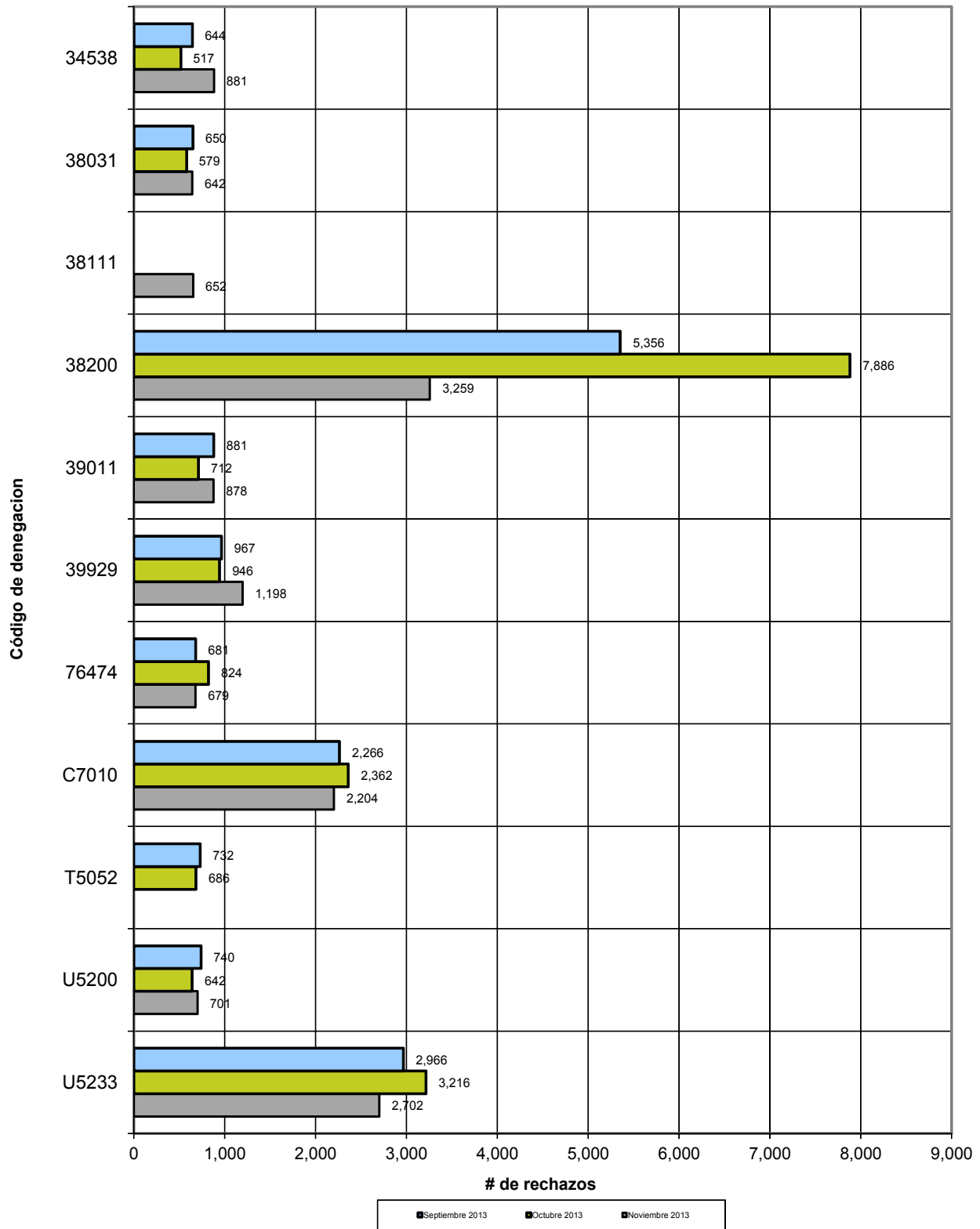
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

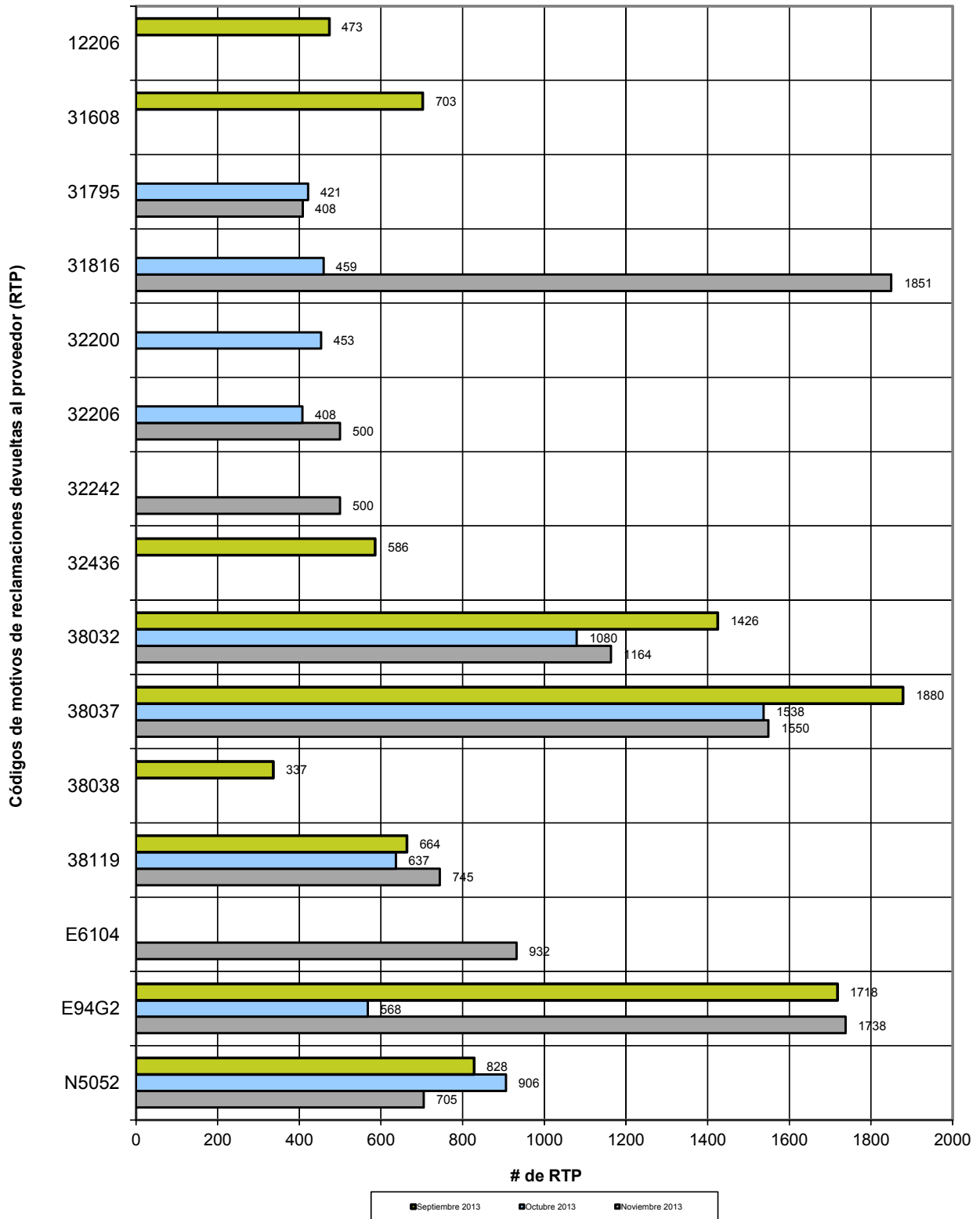
Preguntas de Parte A más frecuentes en septiembre-noviembre de 2013



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



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



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Surgical management of morbid obesity28

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

Surgical management of morbid obesity – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L33019 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida fue efectiva para servicios prestados el 29 de enero de 2013. Desde entonces, con base en la petición de cambio (CR) 8484 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la LCD ha sido revisada bajo las secciones de la LCD “CMS National Coverage Policy” e “Indications and Limitations of Coverage and /or Medical Necessity”. La LCD fue revisada para eliminar el requisito de certificación del centro para la cobertura de los procedimientos cubiertos de cirugía bariátrica.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 17 de diciembre de 2013**, para servicios prestados **a partir del 24 de septiembre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:
888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla
877-660-1759

Beneficiarios:

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

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas
904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-8103

Fax para registro de seminarios
904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:
www.cms.gov

Beneficiarios:
www.medicare.gov

NCCI

Actualización a las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta de enero 2014, versión 20.0



Número de *MLN Matters*: MM8477
Número de petición de cambio relacionado: 8477
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: R2817CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio 8477 provee información sobre el conjunto más reciente de modificaciones de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 20.0, la cual será efectiva el 1 de enero de 2014. La versión 20.0 incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente. Un archivo de prueba estará disponible en o alrededor del 2 de noviembre de 2013, y un archivo final estará disponible en o alrededor del 17 de noviembre de 2013.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ya no publican un archivo de modificaciones mutuamente exclusivo, ya que todas las modificaciones activas y eliminadas aparecerán en el único archivo de modificaciones Column One/Column Two Correct Coding en cada sitio Web. Las modificaciones previamente contenidas en el archivo de modificaciones mutuamente exclusivo no están siendo eliminadas pero están siendo movidas al archivo de modificaciones Column One/Column Two Correct Coding.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8477.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8477, 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/R2817CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2817, CR 8477

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

Actualización de abril 2014 a las modificaciones de iniciativa de codificación correcta, versión 20.1

Número de *MLN Matters*: MM8511
Número de petición de cambio relacionado: 8511
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de noviembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2830CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

La petición de cambio 8511 provee información sobre el conjunto más reciente de modificaciones nacionales de iniciativa de codificación correcta (NCCI), versión 20.1, la cual será efectiva el 1 de abril de 2014. La versión 20.1 incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ya no publican un archivo de modificación mutuamente exclusivo, ya que todas las modificaciones activas y eliminadas aparecerán en el archivo de modificación único de "una columna/dos columnas de codificación correcta" (Column One/Column Two Correct Coding) en cada sitio Web. Las modificaciones contenidas previamente en el archivo de modificación mutuamente exclusivo no están siendo eliminadas pero están siendo movidas al archivo de modificación "una columna/dos columnas de codificación correcta" (Column One/Column Two Correct Coding).

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (Continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8511.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8511, 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/R2830CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2830, CR 8511

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

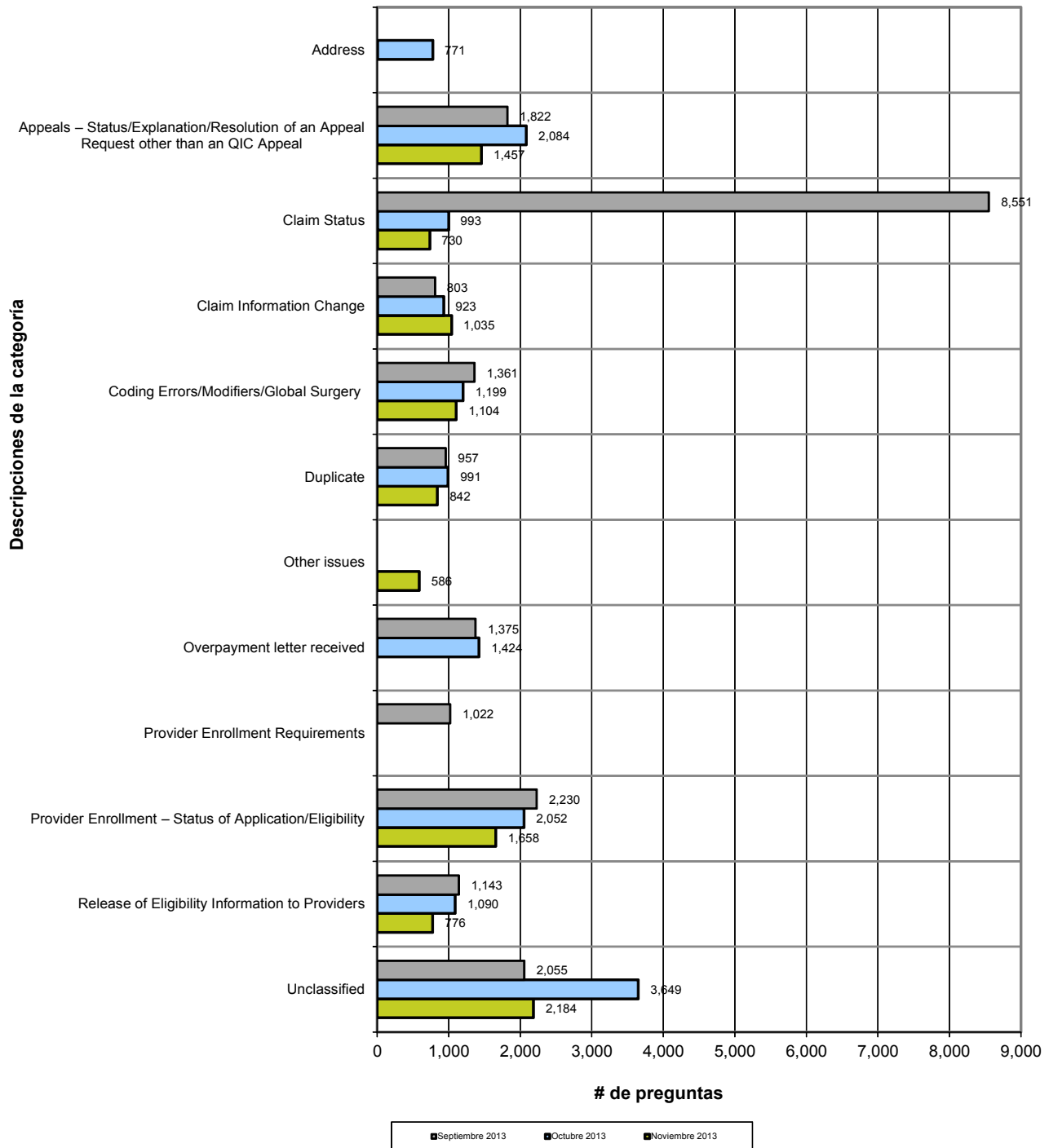


Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

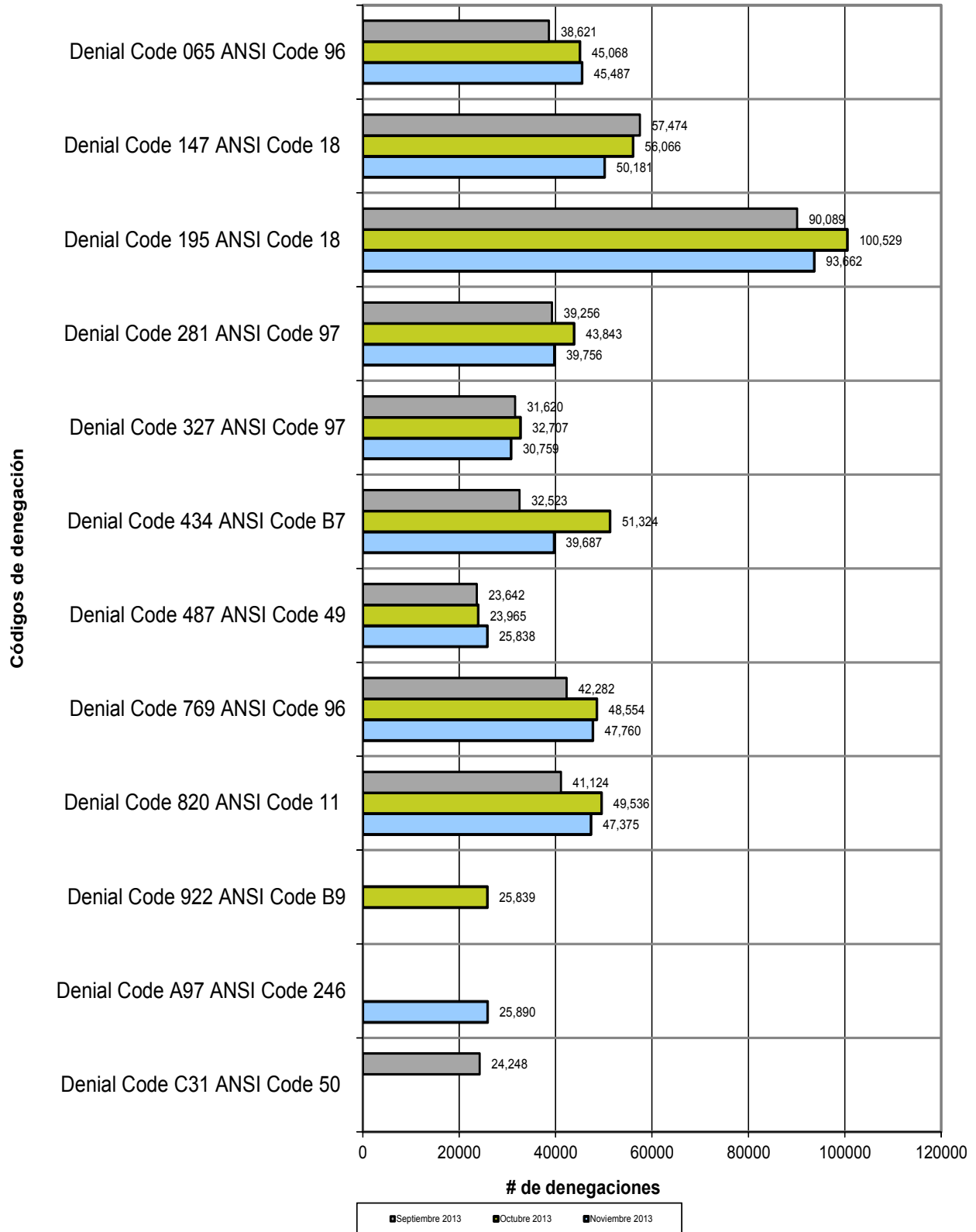
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en septiembre - noviembre de 2013

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 septiembre a noviembre de 2013. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicarespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

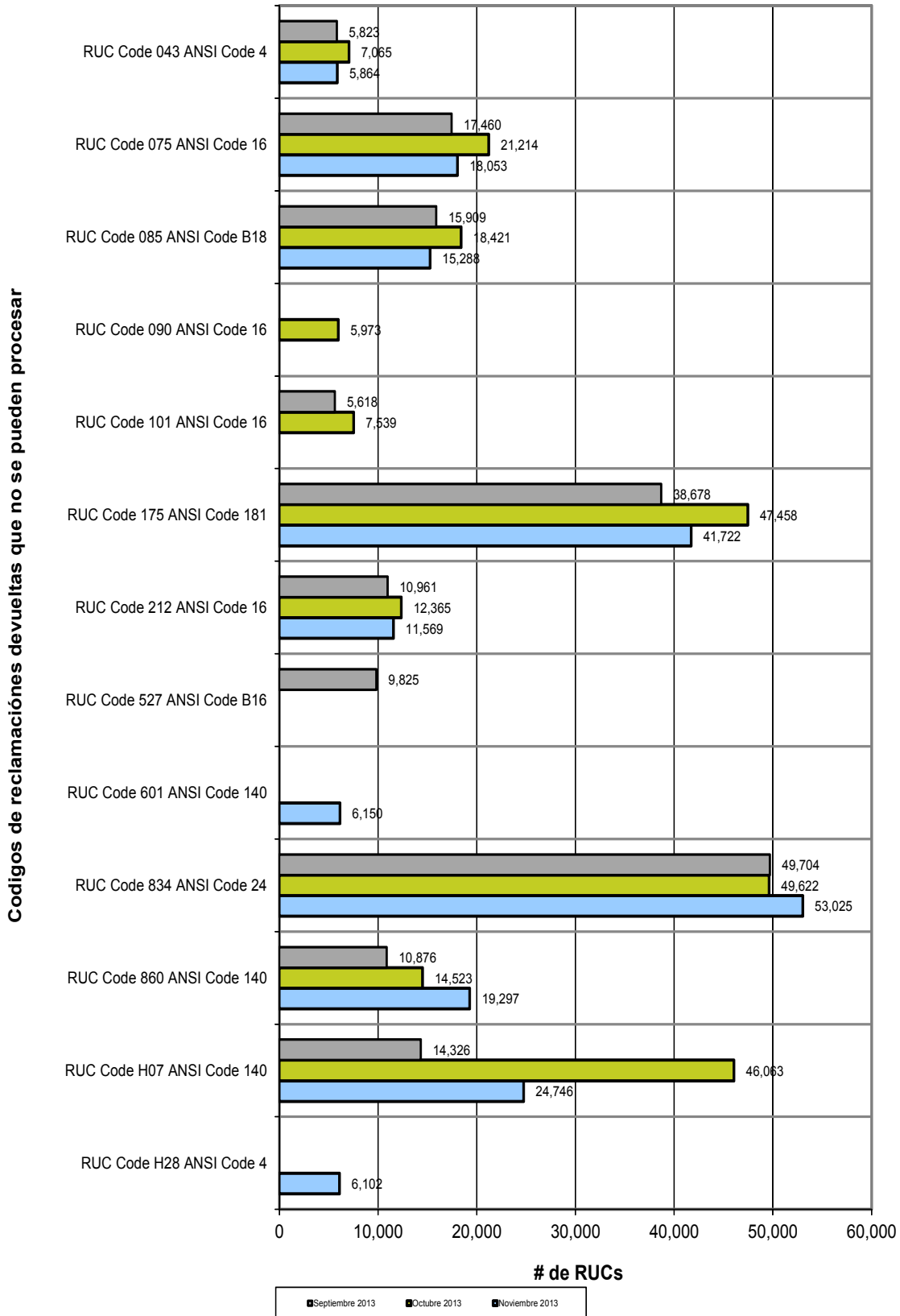
Preguntas de Parte B más frecuentes en septiembre-noviembre de 2013



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



RUC de Parte B más frecuentes en septiembre-noviembre de 2013



Determinaciones locales de cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio Web de educación <http://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database. Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A. Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Surgical management of morbid obesity37

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

Surgical management of morbid obesity – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29317 (Florida)

Identificador de LCD: L29477 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida fue más recientemente revisada el 29 de enero de 2013. Desde entonces, con base en la petición de cambio (CR) 8484 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la LCD ha sido revisada bajo las secciones de la LCD “CMS National Coverage Policy” e “Indications and Limitations of Coverage and /or Medical Necessity”. La LCD fue revisada para eliminar el requisito de certificación del centro para la cobertura de los procedimientos cubiertos de cirugía bariátrica.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 17 de diciembre de 2013**, para servicios prestados **a partir del 24 de septiembre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Formulario de Parte B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2013 a septiembre 2014.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2014 – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
Escriba de manera 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.

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

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

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

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

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

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

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

Comunicaciones

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

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

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

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

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

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

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

Reclamaciones electrónicas (EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

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

Desarrollo adicional

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

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

Misceláneo

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

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

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

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

Registro para eventos 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

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

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

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

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

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

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

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

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

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

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

Sitios Web de Medicare Proveedores

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

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.cms.gov

Beneficiarios
Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

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

Correo electrónico:
AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente Beneficiarios

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

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

Registro de eventos educativos

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager