Medicare A y B Al Día

FIRST COAST SERVICE OPTIONS, INC.

Boletín para proveedores de MAC J9 Enero 2014

En esta edición

Tarifas fijas de ambulancia 2014 3
Servicios de telesalud de Medicare 2014 7
Políticas en la regla final de MPFS 2014 10
Proyecto de sistema de Medicare 11
'Pathway for SGR Reform Act de 2013' 13
Acuerdo Jimmo v. Sebelius 19
Nuevas pruebas con dispensa 31
Servicio de observación de hospital 33

Información de inscripción para la semana de pruebas de ICD-10

El 1 de octubre de 2014, los conjuntos de códigos de ICD-9 utilizados para reportar diagnósticos médicos y procedimientos de pacientes internos serán reemplazados por conjuntos de códigos de ICD-10. Para ayudarle a prepararse para esta transición, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anuncian una semana nacional de pruebas para remitentes directos actuales (proveedores y casas de facturación) del 3 al 7 de marzo de 2014.

Esta semana de pruebas le proporcionará a los socios comerciales acceso a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y al intercambio electrónico común de datos (CEDI) para pruebas con asistencia técnica en tiempo real. El evento será llevado a cabo virtualmente. Se requiere inscripción.

Lo que puede esperar durante las pruebas

- Las reclamaciones de prueba con códigos de ICD-10 deben ser presentadas con fechas actuales de servicio (es decir, 1 de octubre de 2013, hasta el 3 de marzo de 2014), ya que las pruebas no son compatibles con reclamaciones que contengan fechas futuras.
- Las reclamaciones de prueba recibirán el reconocimiento 277CA o 999, según apropiado, para confirmar que la reclamación fue aceptada o rechazada en el sistema.
- Las pruebas no confirmarán el pago de la reclamación o producirán remesa de pago.
- Los MAC y CEDI tendrán personal suficiente para manejar el aumento en el volumen de llamadas durante esta semana.

Más información está disponible en *el artículo de MLN Matters® MM8465, ICD-10 Testing with Providers through the Common Edits and Enhancements Module (CEM) and Common Electronic Data Interchange (CEDI)*.

Inscríbase ahora

La información de inscripción está disponible en *http://medicareespanol.fcso.com/ICD-10/265787.pdf*.

Fuente: CR 8465

Tabla de contenido

Partes A y B

Tarifas fijas de ambulancia 2014 3
Revisión de la tasa de interés de pago puntual 4
Cambios al proceso de conflicto de pagos después del 31 de enero de 2014 4
Revisados los códigos de denegación de reclamaciones de beneficiarios encarcelados 5
Cambios al software de modificación de la determinación de cobertura de laboratorio 5
Requerimiento médico para certificar la elegibilidad para beneficios de salud en el hogar 6
Servicios de telesalud de Medicare 2014 expandidos 7
Reasignando beneficios a un proveedor de Parte A 7
CMS actualiza el acuerdo de autorización de EFT: CMS 588 8
Requerimientos adicionales relacionados al derecho de propiedad médica 8
Los valores del límite de terapia para pacientes ambulatorios para 2014 9
Actualización anual a los listados de códigos de terapia para el 2014 10
Resumen de políticas en la regla final de MPFS 2014 10
Actualización de emergencia a la base de datos del manual de tarifas fijas 2014 11
Proyecto de sistema de Medicare para presentación electrónica de documentación 11
Más información sobre el reporte obligatorio de un número de prueba clínica 12
Actualización de CARC, RARC, MREP y PC Print 12
El presidente Obama firma el 'Pathway for SGR Reform Act de 2013' 13
MLN Connects™ Provider e-News de CMS 14
Edición especial de MLN Connects™ Provider e-News para el lunes 30 de diciembre 15

Próximos eventos educacionales 18

Parte A

Con el acuerdo Jimmo v. Sebelius, CMS aclara la política de cobertura 19
Validación de códigos de grupo de pago para sistemas de pago prospectivo 20
Actualización de enero de 2014 del sistema de pago prospectivo de hospital 21
Suspensión de las revisiones de la 'regla de dos medias noches' del estado del paciente 22
Actualización del manual para aclaraciones de cobertura conforme a Jimmo v. Sebelius 22

Gráficos

Preguntas más frecuentes 23
Rechazos más frecuentes 24
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor 25

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A 26
Contactos Parte A de Puerto Rico 29
Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos 30

Parte B

CMS corrige pagos en exceso y denegaciones para reclamaciones de nuevos pacientes 31
Nuevas pruebas con dispensa 31
Indicaciones y limitaciones de Pegfilgrastim (Neulasta®) código HCPCS J2505 32
Servicio de manejo del día de alta hospitalaria 32
Servicios de observación de hospital 33
Implementación - reducción de pago del programa de ASCQR 34
Actualización del sistema de pago de ASC de enero de 2014 34
Instrucciones del formulario de reclamación CMS 1500: Revisado 35

Gráficos

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

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B 39
Ordenar materiales de Parte B 42
Contactos Parte B de Puerto Rico 43
Contactos Parte B de Florida 44
Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos 45

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 1
Enero de 2014

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© 2013 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.*

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

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

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

Ambulancia

Tarifas fijas de ambulancia 2014

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado el archivo de las tarifas fijas de ambulancia (AFS), efectivo para los servicios del 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014.

Florida

CÓDIGO	LOC 99 (01/02)	LOC 03	LOC 04
A0425	$7.16	$7.16	$7.16
A0425*	$7.23	$7.23	$7.23
A0426	$260.53	$274.93	$275.49
A0426*	$263.08	$277.63	$278.19
A0427	$412.50	$435.31	$436.20
A0427*	$416.54	$439.57	$440.47
A0428	$217.10	$229.11	$229.58
A0428*	$219.23	$231.36	$231.83
A0429	$347.37	$366.57	$367.32
A0429*	$350.77	$370.17	$370.92
A0430	$2,909.78	$3,023.86	$3,028.31
A0430*	$4,364.68	$4,535.80	$4,542.46
A0431	$3,383.06	$3,515.69	$3,520.86
A0431*	$5,074.59	$5,273.54	$5,074.59
A0432	$379.93	$400.94	$401.76
A0432*	$383.66	$404.87	$405.70
A0433	$597.04	$630.05	$631.34
A0433*	$602.89	$636.23	$637.53
A0434	$705.59	$744.60	$746.12
A0434*	$712.51	$751.90	$753.44
A0435	$8.40	$8.40	$8.40
A0435*	$12.60	$12.60	$12.60
A0436	$22.43	$22.43	$22.43
A0436*	$33.65	$33.65	$33.65

* Tarifa rural

Puerto Rico

CÓDIGO	ASIGNACIÓN
A0425	$7.16
A0425*	$7.23
A0426	$209.64
A0426*	$211.69
A0427	$331.93
A0427*	$335.18
A0428	$174.70
A0428*	$176.41
A0429	$279.52
A0429*	$357.34
A0430	$2506.80
A0430*	$3760.20
A0431	$2914.53
A0431*	$4371.79
A0432	$305.72
A0432*	$308.72
A0433	$480.42
A0433*	$485.13
A0434	$567.77
A0434*	$573.34
A0435	$8.40
A0435*	$12.60
A0436	$22.43
A0436*	$33.65

* Tarifa rural

Islas Vírgenes de los Estados Unidos

CÓDIGO	ASIGNACIÓN
A0425	$7.16
A0425*	$7.23
A0426	$268.01
A0426*	$270.64
A0427	$424.35
A0427*	$428.51
A0428	$223.34
A0428*	$225.53
A0429	$282.26
A0429*	$360.85
A0430	$2969.05
A0430*	$4453.57

CÓDIGO	ASIGNACIÓN
A0431	$3451.96
A0431*	$5177.94
A0432	$390.85
A0432*	$394.68
A0433	$614.19
A0433*	$620.21
A0434	$725.86
A0434*	$732.97
A0435	$8.40
A0435*	$12.60
A0436	$22.43
A0436*	$33.65

* Tarifa rural

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2013 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2013.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El departamento del tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página web del Departamento del Tesoro en *http://fms.treas.gov/prompt/rates.html* para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa del 2.125 por ciento rige hasta el 30 de junio de 2014.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar.

Nota: El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

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

Cambios al proceso de conflicto de pagos entre proveedores no contratados, las MAO, y otros pagadores después del 31 de enero de 2014

Actualmente, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proveen los servicios de un contratista independiente, C2C Solutions, Inc., para resolver conflictos de pagos entre proveedores no contratados, Medicare Advantage organizations (MAO), y otros pagadores. Después del 31 de enero de 2014, CMS ya no podrá ofrecer estos servicios debido a limitaciones presupuestarias. Sin embargo, C2C continuará resolviendo todos los conflictos de pagos recibidos antes del 31 de enero de 2014, que cumplan con los requerimientos de presentación. Después del 31 de enero de 2014, C2C devolverá cualquier conflicto de pago a los proveedores con instrucciones para contactar el MAO u otro pagador directamente para cuestionar el pago.

Tipos de proveedores afectados

Esta información aplica a todos los tipos de proveedores no contratados que presten servicios para los beneficiarios inscritos en las MAO, incluyendo planes privados del sistema de pago de servicios mediante tarifas fijas, programa de organizaciones de cuidado con todo incluido para personas mayores (PACE), contratistas basados en costo de la Sección 1876, y planes de pago por adelantado del cuidado de la salud.

Acción del proveedor necesaria

Los proveedores y el personal de facturación no deben enviar ninguna solicitud para un conflicto de pago a C2C después del 31 de enero de 2014. C2C devolverá todas las solicitudes de conflictos de pago recibidas después de esa fecha al proveedor con instrucciones para contactar el plan para resolver el conflicto o tomar otras medidas que el proveedor considere apropiadas. Los proveedores que hayan agotado el procedimiento interno de disputa del plan y quienes todavía sostengan que no han sido reembolsados justamente pueden presentar una queja a través de 1-800-Medicare además de tomar otras medidas que el proveedor considere apropiadas. CMS no ofrece consejo a los proveedores sobre sus derechos potenciales en un conflicto de pago. CMS se compromete a asegurar que las MAO y otros pagadores sigan las regulaciones de *42 CFR §§422.214, 417.559* y *422.520* al reembolsar a los proveedores no contratados por servicios provistos a beneficiarios de Medicare. A los proveedores no contratados se les requiere aceptar como pago, en su totalidad, las cantidades que el proveedor pudo recaudar si el beneficiario estaba inscrito en el Medicare original.

Fuente: CMS PERL 201312-05

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

Número de *MLN Matters*: MM8488 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8488
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R1330OTN
Fecha de implementación: 7 de abril 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 códigos de grupos 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.
- RARC: N103 – Los registros indican que este paciente era un prisionero 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 encuentre 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. El proveedor puede cobrar de la autoridad federal/estatal/local según sea apropiado.
- '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/R1330OTN.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1330, 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.

Laboratorio

Cambios al software de modificación de la determinación de cobertura local de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM8585
Número de petición de cambio relacionado: 8585
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de enero de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014 – solamente ICD-9; 1 de octubre de 2014 – solamente ICD-10
Número de transmisión de CR relacionado: R2852
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

El lanzamiento trimestral de abril de 2014 del módulo de modificación para los servicios clínicos de laboratorio de diagnóstico incluirá cambios para los listados de códigos de la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio.

De acuerdo con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), los cambios son como resultado de decisiones de análisis de codificación desarrolladas bajo

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... *(continuación)*

los procedimientos para el mantenimiento de códigos en las NCD negociadas y actualizaciones semestrales de los códigos de la clasificación internacional de enfermedades, novena revisión, (ICD-9-CM). Estos cambios son efectivos para los servicios prestados a partir del 1 de abril de 2014, para ICD-9, y a partir del 1 de octubre de 2014, para ICD-10.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8585.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8585, 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/R2852CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2852, CR 8585

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.

Evaluación y Manejo

Requerimiento médico para certificar la elegibilidad para beneficios de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: SE1405
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

El Affordable Care Act ordena que antes de certificar la elegibilidad del beneficiario para el beneficio de salud en el hogar, el médico que certifica deberá documentar que él o ella o un profesional de la salud (NPP) tuvo un encuentro cara a cara con el beneficiario.

En este artículo de edición especial se detalla cuándo debe producirse el encuentro cara a cara y lo que debe incluir la documentación. Históricamente, la mayoría de la documentación no describe completamente de qué manera los hallazgos clínicos del encuentro soportan el estado confinado en el hogar del beneficiario y la necesidad de servicios especializados.

El encuentro cara a cara requiere que, como condición para el pago, el encuentro ocurra dentro de los 90 días antes del inicio de la atención o hasta 30 días después del inicio de la atención y la documentación del encuentro incluye "...una explicación de por qué los hallazgos clínicos de este tipo encuentro soportan que el paciente está confinado en el hogar y en necesidad de cualquiera de los servicios de enfermería especializada intermitentes o los servicios de terapia.... ".

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1405.pdf*.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1405

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

Servicios de telesalud de Medicare 2014 expandidos

Número de *MLN Matters*: MM8553 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8553
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2848CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

La regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos de 2014 incluye los siguientes cambios para los servicios de telesalud de Medicare:

- La adición de dos códigos de *Current Procedural Terminology® (99495* y *99496)* a la lista de servicios de telesalud para el 2014.
- Regulaciones modificadas de la siguiente manera:
  - Los sitios de origen de telesalud de Medicare para incluir áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA) localizadas en secciones de censo rural de áreas estadísticas metropolitanas
  - Establecer y mantener elegibilidad geográfica para un sitio de origen de forma anual, lo cual es consistente con otras políticas de pago de telesalud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8553.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8553, 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/R2848CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2848, CR 8553

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

Inscripción del Proveedor

Reasignando beneficios a un proveedor de Parte A

Cualquier individuo que quiere reasignar sus beneficios a una entidad elegible, o termina una reasignación existente, debe completar el formulario CMS-855R. Si el individuo no está inscrito en Medicare, también tendrá que inscribirse a través del formulario CMS-855I.

Si el individuo quiere reasignar beneficios al proveedor de la Parte A, la entidad que recibe los beneficios asignados deben inscribirse con el contratista utilizando el formulario CMS-855B, y el médico que está reasignando los beneficios debe completar y presentar un formulario CMS-855R y el formulario CMS-855I si no está inscrito previamente.

Para información adicional, refiérase a la petición de cambio *(CR) 7864* o el artículo relacionado de *MLN Matters® MM7864*.

Fuente: CMS CR7864

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.

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

Número de *MLN Matters*: SE1332 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

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

Este artículo de edición especial trata los requerimientos adicionales de reporte en hospitales propiedad de médico buscando beneficiarse de la excepción, de todo el hospital o la de proveedor rural, a la ley de autoreferencia médica. Los hospitales que sean propiedad de un médico y reporten información de derecho de propiedad e inversión utilizando el CMS-855A han cumplido con el requerimiento de reporte.

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1332

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

Servicios de Rehabilitación

Los valores del límite de terapia para pacientes ambulatorios para 2014 fijados en $1,920

Número de *MLN Matters*: MM8407
Número de petición de cambio relacionado: 8407
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2807CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

El Balanced Budget Act de 1997 aplica las limitaciones financieras anuales para servicios de terapia para pacientes ambulatorios de la Parte B de Medicare. Estas limitaciones también se conocen como "límites de terapia." Los límites de terapia se actualizan cada año con base en el índice económico de Medicare.

Se requiere que los proveedores de servicios de terapia para pacientes ambulatorios presenten el modificador KX en sus reclamaciones de terapia, cuando se solicita una excepción al límite para los servicios médicos necesarios. La sección 1103 del "Pathway for SGR Reform Act of 2013" extiende el proceso de excepción para los límites de terapia ambulatoria hasta el 31 de marzo de 2014. **Como un recordatorio**, el uso excesivo del modificador KX incluyendo el uso rutinario del modificador antes de alcanzar los límites puede indicar facturación abusiva.

Los límites de terapia para pacientes ambulatorios para 2014 serán $1920 para terapia física y patología del lenguaje combinadas y $1920 para terapia ocupacional.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8407.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8407, 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/R2807CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2807, CR 8407

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

Nunca se pierda una fecha límite de apelaciones nuevamente

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

Actualización anual a los listados de códigos de terapia para el 2014

Número de *MLN Matters*: MM8482
Número de petición de cambio relacionado: 8482
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2844CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8482 actualiza el listado de códigos de terapia 2014 añadiendo cuatro códigos "terapia siempre", un código "terapia algunas veces", y elimina dos códigos actuales. La actualización al listado de códigos de terapia refleja aquellos hechos en el sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud 2014 y el *manual de terminología de códigos de procedimientos*®, cuarta edición (HCPCS/*CPT*®-4).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8482.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8482, 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/R2844CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2844, CR 8482

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

Resumen de políticas en la regla final de MPFS 2014 y el pago de la tarifa del centro originario de telesalud

Número de *MLN Matters*: MM8533
Número de petición de cambio relacionado: 8533
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2840CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una regla final que actualiza las políticas de pago y las tasas de pago de Medicare para servicios prestados por médicos y profesionales de la salud (NPP) quienes son pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare de 2014 para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Desde la publicación de la regla final, el Congreso ha evitado la reducción requerida estatutariamente en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud.

Este artículo provee un resumen de 10 políticas impactadas por una regla final, la cual incluye información sobre la nueva ley aprobada por el Congreso titulada "Pathway for SGR Reform Act of 2013." Esta nueva ley impide un recorte en los pagos programados para los médicos y otros profesionales de la salud quienes tratan a pacientes de Medicare de entrar en vigencia el 1 de enero de 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8533.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8533, 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/R2840CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2840, CR 8533

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 emergencia a la base de datos del manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud de Medicare 2014

Número de *MLN Matters*: MM8534
Número de petición de cambio relacionado: 8534
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2847CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron los archivos actualizados de pago de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) para reflejar la legislación del Congreso de fin de año la cual proporcionó una actualización de 0.5 por ciento al factor de conversión de 2014, y extendió el índice de costo de práctica por área geográfica (geographic practice cost index, GPCI) neutral no presupuestario de las plantas laborales.

El factor de conversión y el GPCI de las plantas laborables son efectivos el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de marzo de 2014. Este es el resultado de la aprobación del Pathway para el SGR Reform Act 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/MM8534.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8534, 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/R2847CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2847, CR 8534

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

Proyecto de sistema de Medicare para presentación electrónica de documentación médica

Número de *MLN Matters*: SE1343
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los proveedores pueden responder a peticiones de documentación médica electrónicamente utilizando la presentación electrónica de documentación médica (esMD) a través del portal de acceso esMD de Medicare. El propósito principal de esMD es reducir los costos del proveedor y el tiempo del ciclo minimizando el procesamiento en papel y el envío de documentación médica por correo para revisión de los contratistas.

Al 30 de septiembre de 2013, más de 30 mil proveedores de Medicare están utilizando esMD para responder a peticiones de registros médicos. Aunque esMD no es obligatorio, muchos proveedores del cuidado de la salud encuentran que este reduce los costos, aumenta la eficiencia, y disminuye el tiempo de procesamiento para ciertas transacciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1343.pdf*.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1343

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

Más información sobre el reporte obligatorio de un número de prueba clínica de 8 dígitos

Número de *MLN Matters*: SE1344
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

Efectivo el 1 de enero de 2014, la petición de cambio *(CR) 8401* hace obligatorio el reportar el número identificador de las pruebas clínicas. Sin embargo, algunos médicos, proveedores, y suplidores no tienen la capacidad en este momento para presentar el número identificador de las pruebas clínicas asociado con las reclamaciones relacionadas a las pruebas. Por lo tanto, a estos médicos, proveedores, y suplidores se les está proporcionando un medio alternativo de cumplimiento del requerimiento hasta el 1 de enero de 2015.

Comenzando el 1 de enero de 2014, y continuando **no más tarde del 31 de diciembre de 2014**, los médicos, proveedores, y suplidores mencionados anteriormente pueden reportar en vez un número genérico 99999999 de 8 dígitos utilizando las *instrucciones en la CR 8401*.

Nota: Esto de ninguna manera le impide a aquellos que ya están reportando, y/o capaces de reportar el número de prueba clínica real en las reclamaciones relacionadas a la prueba clínica, que puedan hacerlo. **Comenzando el 1 de enero de 2015, sin más aviso, la CR 8401 deberá aplicarse en su totalidad.**

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1344.pdf*.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1344

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 CARC, RARC, MREP y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM8561
Número de petición de cambio relacionado: 8561
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de enero de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2855CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8561 instruye a los contratistas de Medicare y a los mantenedores del sistema compartido (SSM) a hacer cambios de programación para incorporar los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y los códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) nuevos, modificados y desactivados que se han agregado desde la última actualización del código proporcionado por la CR 8422 (Transmittal R2776CP emitida el 30 de agosto de 2013). También instruye al sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) y el sistema de Medicare (VMS) de los sistemas de procesamiento viable de información (VIP) para actualizar PC Print y el software Medicare Remit Easy Print (MREP) respectivamente.

La CR 8561 no provee una lista completa de códigos. Usted debe obtener la lista completa, tanto para CARC y RARC del sitio Web Washington Publishing Company (WPC) en *http://www.wpc-edi.com/Reference*. Si hay alguna discrepancia en el texto del código tal como fue publicado en el sitio Web de WPC y como se informa en cualquier CR, deberá ser implementada la versión WPC.

Nota: Si utiliza el software MREP o PC Print, asegúrese de descargar el software actualizado cuando esté disponible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8561.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8561, 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/R8561.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2855, CR 8561

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

El presidente Obama firma el 'Pathway for SGR Reform Act de 2013'

Nueva ley incluye la corrección de la actualización médica hasta marzo de 2014

El 26 de diciembre de 2013, el presidente Obama firmó el "Pathway for SGR Reform Act de 2013" (vía para el acto de reforma SGR de 2013). Esta nueva ley previene una reducción programada de pago para los médicos y otros profesionales que tratan a los pacientes de Medicare la cual entrará en vigor el 1 de enero de 2014. La nueva ley provee una actualización del 0.5 por ciento para este tipo de servicios hasta el 31 de marzo de 2014. El presidente Obama sigue comprometido con una solución permanente para la eliminación de las reducciones de la tasa de crecimiento sostenible (SGR) que resultan de la metodología legal existente. La administración seguirá trabajando con el Congreso para lograr este objetivo.

La nueva ley extiende varias provisiones del Middle Class Tax Relief y Job Creation Act de 2012 (Job Creation Act) así como las provisiones del Affordable Care Act. Específicamente, se han ampliado las siguientes políticas del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) también han incluido el procesamiento de información de reclamaciones y facturación a Medicare asociada con la nueva legislación. Por favor, tenga en cuenta que estas provisiones no reflejan todas las provisiones de Medicare en la nueva ley y que, próximamente, habrá más información acerca de otras provisiones.

Sección 1101: Actualización del pago médico de Medicare – como se indicó anteriormente, la nueva ley provee una actualización de 0.5 por ciento para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014, hasta el 31 de marzo de 2014. CMS está revisando el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) de 2014 para reflejar los requisitos de la nueva ley, así como correcciones técnicas identificadas desde la publicación de la regla final en noviembre. Para su información, el factor de conversión de 2014 es $35.8228.

Sección 1102: Extensión del ajuste del pago básico del trabajo en el área geográfica del médico – el pago básico existente de 1.0 en el índice del costo de la práctica geográfica del trabajo del médico se extiende hasta el 31 de marzo 2014. Debido a la actualización del pago médico, esta extensión se verá reflejada en el MPFS de 2014.

Sección 1103: Extensión relacionada con los pagos de Medicare para los servicios de terapia para pacientes ambulatorios – la sección 1103 extiende el proceso de excepciones para los límites de terapia ambulatoria hasta el 31 de marzo de 2014. Se requiere que los proveedores de servicios de terapia ambulatoria presenten el modificador KX en sus reclamaciones de terapia, cuando se solicita una excepción al límite de los servicios médicamente necesarios prestados hasta el 31 de marzo de 2014. Además, la nueva ley extiende la aplicación del límite y el umbral para los servicios de terapia prestados en un departamento ambulatorio de un hospital (OPD). Información adicional sobre el proceso de excepción para los servicios de terapia se puede encontrar en el *"Medicare Claims Processing Manual," Pub. 100-04, capítulo 5, sección 10.3* (en inglés).

Los límites de terapia se determinan para un beneficiario con base en el año calendario, de tal forma que todos los beneficiarios comiencen un nuevo límite para los servicios de terapia ambulatoria recibidos el 1 enero de 2014. Para los servicios combinados de terapia física y de patología del habla y el lenguaje, el límite para un beneficiario en los gastos incurridos es $1,920 en 2014. Existe un límite separado para los servicios de terapia ocupacional que es de $1,920 para 2014. Las cantidades del deducible y coaseguro aplicadas a los servicios de terapia cuentan para el monto devengado antes de alcanzar el límite, y también se aplican a los servicios por encima del límite donde se usa el modificador KX.

La sección 1103 también extiende el mandato de que Medicare realice la revisión médica manual de los servicios de terapia prestados del 1 de enero de 2014, al 31 de marzo de 2014, por la que se solicitó una excepción cuando el beneficiario haya alcanzado una cantidad límite total en dólares de $3,700 para servicios de terapia, incluidos los servicios de terapia OPD, por un año. Existen dos límites anuales de $3,700 agregados: (1) servicios de terapia física y de patología del habla y el lenguaje, y (2) servicios de terapia ocupacional.

(Continúa en la página siguiente)

El presidente... *(continuación)*

Sección 1104: Extensión de pagos agregados de ambulancia – la sección 1104 extiende las dos siguientes provisiones del pago de ambulancia del Job Creation Act: (1) el aumento del 3 por ciento en las sumas de la tarifa fija para los transportes cubiertos de ambulancia terrestre que se originan en las zonas rurales y el aumento del 2 por ciento para los transportes cubiertos de ambulancia terrestre que se originan en el área urbana se extienden hasta el 31 de marzo de 2014; y (2) la provisión relacionada con el pago de servicios de ambulancia terrestre que aumenta la tarifa base para transportes que se originan en una zona que se encuentra dentro del percentil 25 más bajo de todas las zonas rurales dispuestas por la densidad de población (conocido como el bono "súper rural") se extiende hasta el 31 de marzo de 2014. La provisión relativa a los servicios de ambulancia aérea que continúa tratando como rural cualquier área que fue designada como rural el 31 de diciembre de 2006, para propósitos de pago bajo el programa de tarifas de fijas de ambulancia, venció el 30 de junio de 2013.

Sección 1105: Extensión del ajuste de pago de Medicare para hospitales de bajo volumen de paciente hospitalizado – el Affordable Care Act permite a los hospitales calificados como bajo volumen, recibir pagos agregados con base en el número de altas de Medicare del hospital. Para calificar, el hospital debe tener menos de 1,600 altas de Medicare y estar a 15 millas o más del hospital similar más cercano. Esta provisión amplía el ajuste de pago al 31 de marzo de 2014, retroactivo al 1 de octubre de 2013. Esté alerta para más información sobre la implementación de esta provisión.

Sección 1106: Extensión del programa de hospital dependiente de Medicare (MDH) – el programa MDH establece el pago mejorado para apoyar a los pequeños hospitales rurales para los cuales los pacientes de Medicare componen un porcentaje significativo de los días de hospitalización o altas médicas. Esta provisión amplía el programa de MDH al 31 de marzo, 2014, y es retroactivo al 1 de octubre de 2013. Esté alerta para más información sobre la implementación de esta provisión.

Fuente: CMS PERL 201312-06

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, 9 de enero de 2014 – *https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-01-09enews.pdf*
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 16 de enero de 2014 – *https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-01-16-enews.pdf*

Fuente: CMS PERL 201401-01, 201401-02

Edición especial de MLN Connects™ Provider e-News para el lunes 30 de diciembre

Esta edición especial de MLN Connects™ Provider e-News incluye la siguiente información:

Anuncios

- Verificación de la cobertura del paciente en el mercado de seguros médicos

Llamadas nacionales del proveedor de MLN Connects™

- Punto de referencia de las dos medias noches para la admisión de hospital de pacientes hospitalizados – regístrese ahora
- Regla final del año 2016 del programa de pago de incentivo de calidad de la enfermedad renal en estado terminal – regístrese ahora
- Panorama general de calidad de 2012 y reportes de uso de recursos y la adición de diciembre – crédito CE disponible – regístrese ahora
- Asociación nacional para mejorar la atención de la demencia en residencias de ancianos – regístrese ahora

Anuncios

Verificación de la cobertura del paciente en el mercado de seguros médicos

Es el comienzo del Año Nuevo y usted verificará el estado del seguro de su paciente cuando ellos se presenten en su oficina. Con el inicio del mercado de seguros médicos, también conocido como 'Health Insurance Exchange', más de un millón de personas tendrán un nuevo plan de seguro. En muchos casos, esta será la primera vez que han tenido seguro en años. Muchas de estas personas se han inscrito en el plan en los últimos días. Puede que ellos no hayan recibido su tarjeta todavía o pueden no estar al tanto de la necesidad de llevar a su información de seguro. Usted puede darse cuenta de que su oficina necesita verificar su cobertura.

¿Cómo puede verificar su cobertura?

Si el mercado en su estado es ejecutado por el gobierno federal, lo mejor es llamar a la línea de servicio al cliente de su plan, una lista de todos los planes y sus números de servicio al cliente se puede encontrar en esta *base de datos*. Aquí está la *hoja informativa* para el uso de la base de datos. Si usted no puede encontrar el número, llame al centro de contacto del mercado (1-800-318-2596).

Si su estado tiene su propio intercambio de seguros de salud, contacte su estado. Para encontrar el sitio Web para su intercambio de estado, seleccione el nombre de su estado en el menú desplegable al lado izquierdo del *sitio Web healthcare.gov*.

¿Cómo puede usted ayudar a su paciente?

Recuérdele a sus pacientes mantener todos sus documentos y recibos de todas las citas con su médico y también de la farmacia. Es posible que los necesiten para su aseguradora. Recuérdeles que deben llevar su tarjeta en todo momento. Si no tienen una tarjeta, ellos pueden ponerse en contacto con su plan para obtener una tarjeta.

Si el paciente no tiene seguro, ellos tienen hasta el 31 de marzo para inscribirse en la cobertura no basada en el empleador. Pueden ir a HealthCare.gov para inscribirse en un plan y solicitar ayuda financiera. La gran mayoría de personas sin seguro tendrá derecho a la asistencia financiera para reducir sus costos. Usted también puede descargar copias de las *hojas informativas* o material educacional para sus pacientes.

Llamadas nacionales del proveedor de MLN Connects™

Punto de referencia de las dos medias noches para la admisión de hospital de pacientes hospitalizados – regístrese ahora

Martes 14 de enero; 1:30-3pm ET

Para registrarse: Visite las *próximas llamadas de MLN Connects™*. El espacio puede ser limitado, regístrese pronto.

Estas llamadas de MLN Connects proveen un panorama general de la admisión de hospital de pacientes hospitalizados y el criterio de revisión médica (conocido también como la regla de las dos medias noches) que fue publicada el 2 de agosto de 2013, en la regla final del FY 2014 del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados/hospitales de cuidados a largo plazo (*CMS-1599-F*). CMS presentará escenarios de casos sobre la aplicación de la regla para la muestra de registros médicos. Tras la presentación, CMS abordará las preguntas más frecuentes recibidas de los proveedores.

(Continúa en la página siguiente)

Edición especial... *(continuación)*

Agenda

- Resumen de la regla de las dos medias noches
- Presentación de ejemplo de caso
- Sesión de preguntas y respuestas

Dirigido a: hospitales, médicos y profesionales de la salud, administradores de casos, sociedades médicas y de especialidad y otros profesionales de la salud.

El crédito de educación continua puede ser otorgado por la participación en determinadas llamadas de MLN Connects. Visite el sitio Web de *información de crédito de educación continua* para aprender más.

Regla final del año 2016 del programa de pago de incentivos de calidad de la enfermedad renal en estado terminal – regístrese ahora

Miércoles 15 de enero; 2-3:30 pm ET

Para registrarse: Visite las *próximas llamadas de MLN Connects™*. El espacio puede ser limitado, regístrese pronto.

El 15 de enero, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), los centros para estándares y calidad clínica (CCSQ) serán los anfitriones de una llamada de MLN Connects™ sobre el programa de incentivo de calidad (QIP) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD). El ESRD QIP es un programa de pago por el desempeño de calidad que une el desempeño de un centro a una reducción del pago en el transcurso de un año de pago (PY). Esta llamada de MLN Connects se centrará en la *regla final* para la puesta en funcionamiento del ESRD QIP en PY 2016, que fue puesto en exhibición el 22 de noviembre 2013.

El plazo de desempeño para el PY 2016 comenzará el 1 de enero de 2014. Los centros y otras partes interesadas deben tomar medidas para comprender los contornos del programa. Después de la presentación, los participantes tendrán la oportunidad de hacer preguntas.

Agenda

- Marco legislativo ESRD QIP y cómo se ajusta a las estrategias de CMS para mejorar la calidad
- Los cambios que se reflejan en la regla final están basados en los comentarios del público
- Las medidas finales, estándares, metodología de calificación y la escala de reducción de pago que se aplican al programa PY 2016
- Cómo el programa PY 2016 se compara con PY 2015
- Dónde encontrar información adicional sobre el programa
- Preguntas y respuestas

Dirigido a: clínicas y organizaciones de diálisis, nefrólogos, hospitales con unidades de diálisis, facturadores/codificadores y expertos en mejora de la calidad y otras partes interesadas.

El crédito de educación continua puede ser otorgado para la participación en ciertas llamadas de MLN Connects. Visite la página Web de información de crédito de educación continua para aprender más.

Panorama general de calidad 2012 y reportes de uso de recursos y la adición de diciembre – crédito CE disponible – regístrese ahora

Jueves 16 de enero; 2:30-4pm ET

Para registrarse: Visite las *próximas llamadas de MLN Connects™*. El espacio puede ser limitado, regístrese pronto. Esta llamada de MLN Connects ha sido aprobada por CMS para CME y CEU del crédito de educación continua (CE). Revise *información e instrucciones de la actividad CE* para detalles específicos.

Esta llamada de MLN Connects proveerá un panorama general de calidad 2012 y reportes de uso de recursos (QRUR), que incluyen una revisión de la adición de diciembre y la forma de interpretar y utilizar los datos del informe.

El 16 de septiembre, CMS publicó los QRUR 2012 a las prácticas de grupo con 25 o más profesionales elegibles (EP). Los QRUR ven con anticipación el desempeño de cada grupo en las medidas de calidad y costos que podría ser utilizado para calcular el pago del modificador basado en valor del grupo en 2015. El 23 de diciembre, CMS publicó una adición a los QRUR de 2012 para incluir los datos de desempeño PQRS de profesionales elegibles (EP). La adición estará disponible para todas las prácticas de grupo con 25 o más EP para las que al menos un EP reportó las medidas PQRS como un individuo en 2012 y resultó ser elegible para los incentivos.

(Continúa en la página siguiente)

Edición especial... *(continuación)*

Agenda

- Cómo entender y usar los QRUR
- Adición de datos de desempeño individual EP PQRS
- Sesión de preguntas y respuestas

Dirigido a: grupos con 25 o más profesionales elegibles.

Asociación nacional para mejorar la atención de la demencia en residencias de ancianos – regístrese ahora

Miércoles 26 de febrero; 2-3:30 pm ET

Para registrarse: Visite las *próximas llamadas MLN Connects™*. El espacio puede ser limitado, regístrese pronto.

La asociación nacional de CMS para mejorar la atención de la demencia en residencias de ancianos fue desarrollada para mejorar la atención de la demencia a través del uso de enfoques integrales de atención individualizada. La asociación promueve un proceso sistemático para evaluar cada persona e identificar los enfoques de los cuales el individuo tiene más probabilidades de beneficiarse. El objetivo de la asociación es continuar reduciendo el uso de medicamentos antipsicóticos innecesarios, así como otros medicamentos potencialmente dañinos en hogares de ancianos y, eventualmente, también en otros ambientes del cuidado de la salud.

Durante esta llamada de MLN Connects, un experto en la materia de CMS discutirá el papel crítico tanto de los inspectores estatales y federales en la implementación de la asociación. Representantes adicionales estarán presentando la importancia del liderazgo, así como la fuerte correlación que existe entre la evaluación del dolor y el uso de medicamentos antipsicóticos. Después de la presentación seguirá una sesión de preguntas y respuestas.

Agenda

- Rol de los inspectores
- Importancia del liderazgo
- Adecuada evaluación del dolor
- Próximos pasos

Fuente: CMS PERL 201312-07

Calcule las posibilidades ...

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

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Febrero de 2014

EDI presenta una descripción de PC-ACE Pro32™ profesional, software libre de costo de Medicare (B)
Cuando: 17 de febrero de 2014
Hora: 9:00 a.m.- 11:00 a.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento**: inglés
Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

EDI presenta una descripción de PC - ACE Pro32™ institucional, software libre de costo de Medicare (A)
Cuando: 17 de febrero de 2014
Hora: 11:30 a.m.- 1:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento**: inglés
Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

Medicare Speaks Orlando 2014: Construyendo una comunidad de Medicare más fuerte a través de la educación (A)
Cuando: 18-19 de febrero de 2014
Hora: 7:30 a.m.- 4:15 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento**: inglés
Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

Marzo de 2014

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A
Cuando: 25 de marzo de 2014
Hora: 10:00 a.m.- 11:30 a.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento**: inglés
Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

Dos formas fáciles de inscribirse

Por Internet - visite nuestro sitio Web de cursos al proveedor *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: 14 de enero de 2014
Fecha de efectividad: 7 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R179BP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2014

Resumen

El *artículo de MLN Matters® #MM8458*, "Manual Updates to Clarify Skilled Nursing Facility (SNF), Inpatient Rehabilitation Facility (IRF), Home Health (HH), and Outpatient (OPT) Coverage Pursuant to *Jimmo vs. Sebelius*" ("Actualizaciones al Manual para clarificar la cobertura del centro de enfermería especializada [SNF], centro de rehabilitación hospitalario [IRF], salud en el hogar [HH], y servicios ambulatorios [OPT] conforme a *Jimmo vs. Sebelius*") ha sido publicado y ahora está disponible en formato descargable.

El artículo fue preparado y está siendo distribuido como resultado del acuerdo de resolución en el caso de *Jimmo v. Sebelius*. Este artículo está diseñado para proveer educación sobre las porciones actualizadas del *Medicare Benefit Policy Manual* (MBPM). Este incluye la clarificación sobre los requerimientos de cobertura de servicios de enfermería especializada y terapia especializada para los beneficiarios de Medicare.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una actualización a 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/R179BP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 179, 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.

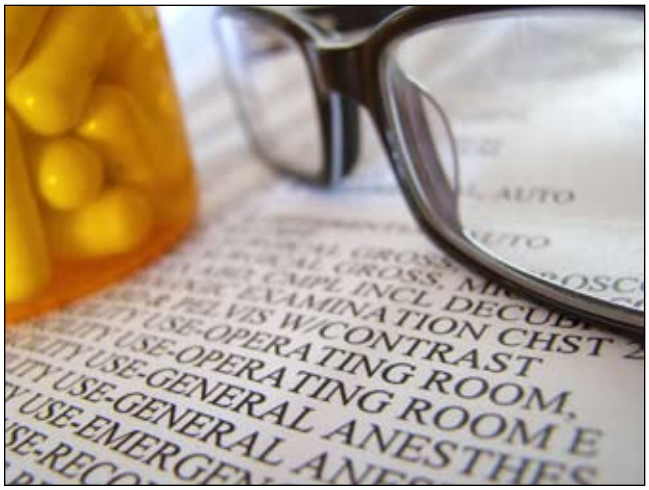
Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

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

Centros de Rehabilitación

Validación de códigos de grupo de pago para sistemas de pago prospectivo basados en evaluaciones de pacientes

Número de *MLN Matters*: SE1342
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A



Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron los requerimientos de modificación dentro del sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) para las reclamaciones del sistema de pago prospectivo del centro de rehabilitación hospitalario (IRF PSS) y el proceso de comparación con el instrumento de evaluación del paciente de IRF (PAI).

Para administrar el PPS, CMS requiere que los IRF transmitan electrónicamente un PAI por cada estadía en IRF para la base de datos nacional de recopilación de evaluación de CMS. Cada IRF debe reportar la fecha en que transmitió el PAI a la base de datos en la reclamación que presente al MAC. Si un IRF transmite el PAI más de 27 días calendarios desde (e incluyendo) la fecha del alta del beneficiario, la tarifa de pago del IRF para el grupo de mezcla de casos aplicable debe reducirse un 25 por ciento.

De acuerdo con CMS, los proveedores están presentando reclamaciones a su MAC antes de la finalización del procesamiento de IRF-PAI en la base de datos nacional de recopilación de CMS. Esto causa que el código de denegación *37096* devuelva la reclamación al proveedor. Antes de presentar las reclamaciones de IRF a FISS, los proveedores deben tener un IRF-PAI que haya completado el procesamiento en la base de datos nacional de recopilación de evaluación de CMS. El proveedor puede verificar esto mediante la revisión de su reporte de validación de IRF-PAI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1342.pdf*.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1342

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: Suscríbase 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. Suscríbase 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. Suscríbase 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: Inscríbase hoy.

PPS

Actualización de enero de 2014 del sistema de pago prospectivo de hospital para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM8572
Número de petición de cambio relacionado: 8572
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2845CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente detalles sobre los cambios en el 2014 y las instrucciones de facturación para el sistema de pago prospectivo de hospital para pacientes ambulatorios.

Entre los cambios, efectivo el 1 de enero de 2014, CMS reconoce el código G0463 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Hospital outpatient clinic visit for assessment and management of a patient [visita clínica de hospital para paciente ambulatorio para evaluación y manejo de un paciente]) para el pago bajo el OPPS para visita clínica de hospital para paciente ambulatorio. Los códigos *99201-99205* y *99211-99215* del *Current Procedural Terminology (CPT®)* ya no se aceptan para el pago bajo el OPPS después del 31 de diciembre 2013.

Otros cambios de OPPS incluyen:

- Efectivo el 1 de enero de 2014, CMS ya no reconoce en el OPPS los modificadores FB o FC para identificar un dispositivo que se proporciona sin costo o con un crédito total o parcial. También efectivo a partir del 1 enero de 2014, para las reclamaciones con APC que requieren dispositivos implantables y tienen compensaciones significativas de dispositivos (más del 40 por ciento), el monto del crédito del dispositivo se especificará en la parte de la cantidad para el código de valor “FD” (Credit Received from the Manufacturer for a Replaced Medical Device [crédito recibido del fabricante para un dispositivo médico reemplazado]) y se deducirá del pago de APC para el procedimiento aplicable.
- Efectivo el 1 de enero de 2014, CMS dejará de proporcionar el pago por encuentros extendidos de evaluación y manejo a través de APC 8002 (Level I Extended Assessment and Management Composite [Nivel I compuesto extendido de evaluación y manejo]) y 8003 (Level I Extended Assessment and Management Composite [Nivel I compuesto extendido de evaluación y manejo]), los cuales han sido eliminados.
- Efectivo el 1 de enero de 2014, los hospitales deben reportar la programación y entrega de servicios de radiocirugía estereotáctica (SRS) utilizando solamente los códigos *CPT®* que describan con exactitud el servicio prestado. Para los servicios de entrega, los hospitales deben reportar el código *CPT® 77371, 77372* o *77373*.

CMS también lista 23 códigos HCPCS nuevos creados para reportar medicamentos y productos biológicos en el ambiente de hospital para paciente ambulatorio. Anteriormente, no había códigos específicos disponibles para estos productos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8572.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8572, 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/R2845CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2845, CR 8572

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

Hospital

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente revisaron las instrucciones para la suspensión de las revisiones del estado del paciente para las reclamaciones de pacientes internos con fechas de admisión del 1 de octubre de 2013, hasta el 31 de diciembre de 2013.

La petición de cambio (CR) 8508 describe cómo los contratistas de Medicare pueden llevar a cabo revisiones del "estado del paciente" para admisiones hospitalarias.

Las revisiones del estado del paciente ayudan a determinar si la admisión hospitalaria y el pago de la Parte A era el apropiado para el nivel de cuidado provisto. Estos tipos de revisiones incluyen un texto de denegación para indicar que aunque el cuidado proporcionado al paciente pudo haber sido apropiado, el entorno en el cual fue provisto no estaba autorizado.

Para más detalles, por favor revise la *CR 8508*.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1329, CR 8508

Información General

Actualización del manual para aclaraciones de cobertura conforme a *Jimmo v. Sebelius*

El *artículo de MLN Matters® #MM8458*, "Manual Updates to Clarify Skilled Nursing Facility (SNF), Inpatient Rehabilitation Facility (IRF), Home Health (HH), and Outpatient (OPT) Coverage Pursuant to *Jimmo vs. Sebelius*" (actualización del manual para clarificar la cobertura del centro de enfermería especializada [SNF], centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados [IRF], salud en el hogar [HH] y de pacientes ambulatorios [OPT] conforme a *Jimmo vs. Sebelius*) ha sido publicada y ahora está disponible en formato descargable.

El artículo fue preparado y está siendo distribuido como resultado del acuerdo en la solución en el caso de *Jimmo v. Sebelius*. Este artículo está diseñado para proporcionar educación en las partes actualizadas del *Medicare Benefit Policy Manual* (MBPM). Incluye una clarificación sobre los requerimientos de cobertura de enfermería especializada y servicios de terapia especializados para los beneficiarios de Medicare.

Fuente: CMS PERL 201403-03

Suscripción a Medicare Parte A

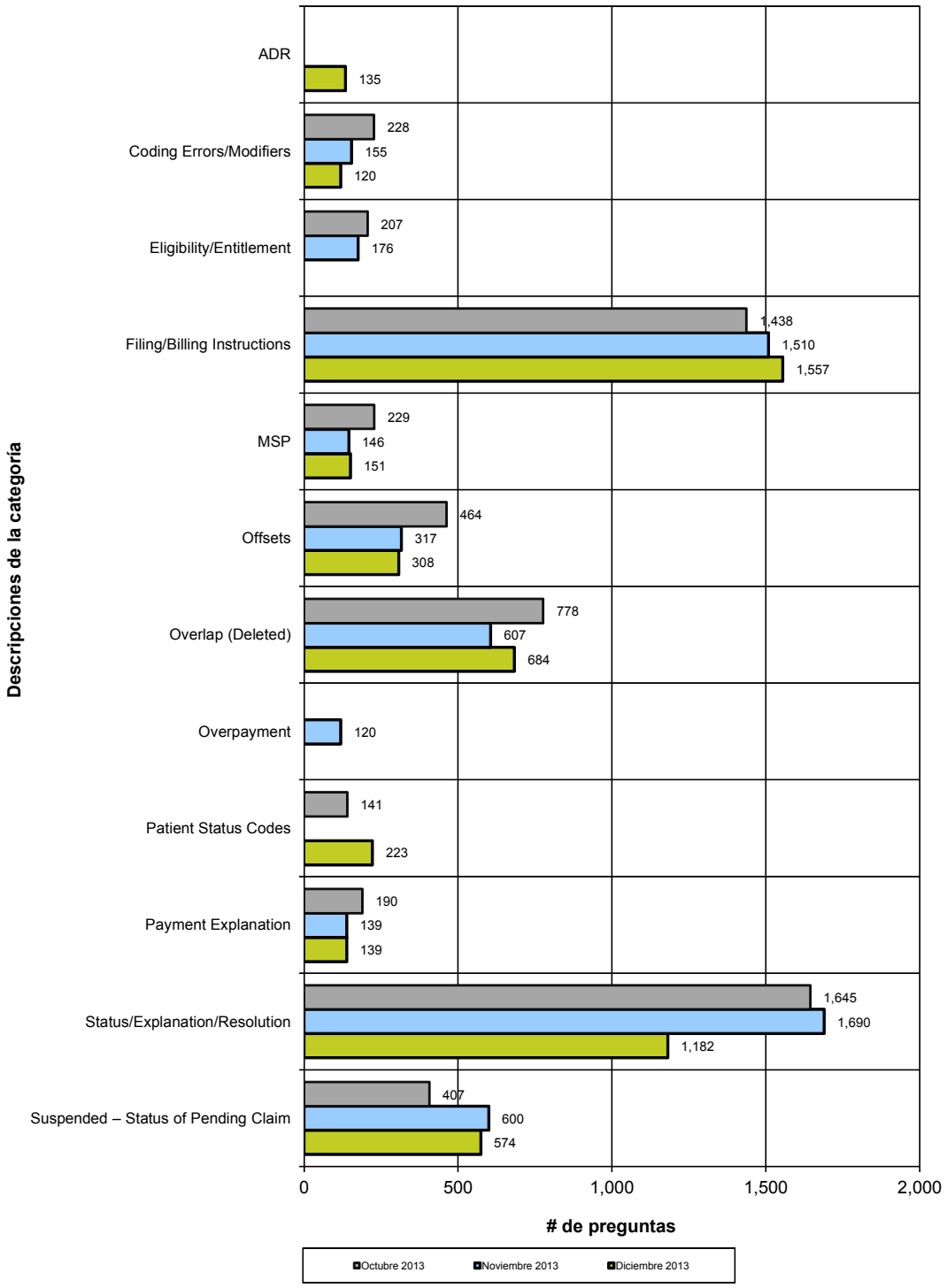
La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una susbscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos las ediciones publicadas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

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

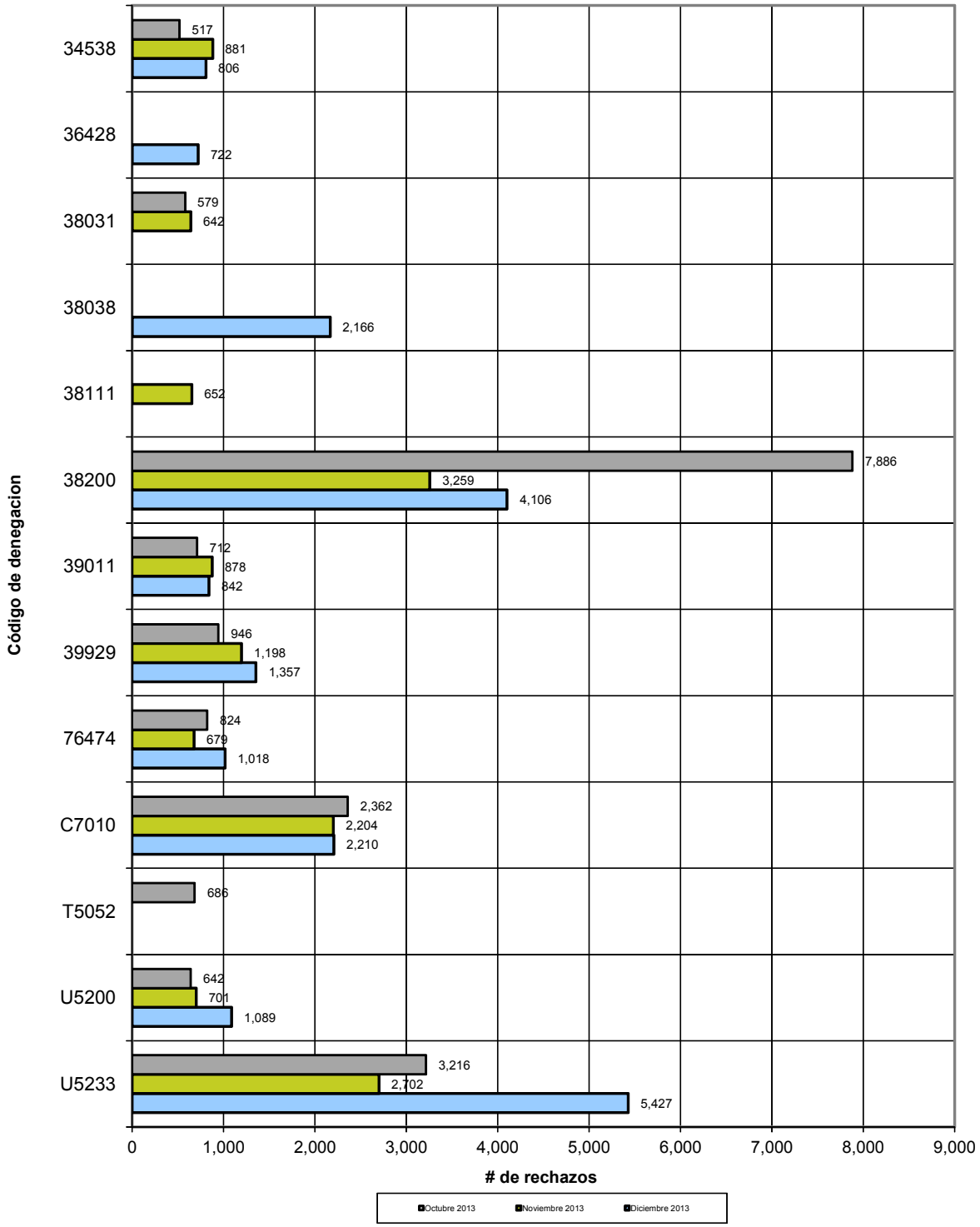
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en octubre - diciembre de 2013

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 octubre a diciembre 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/*

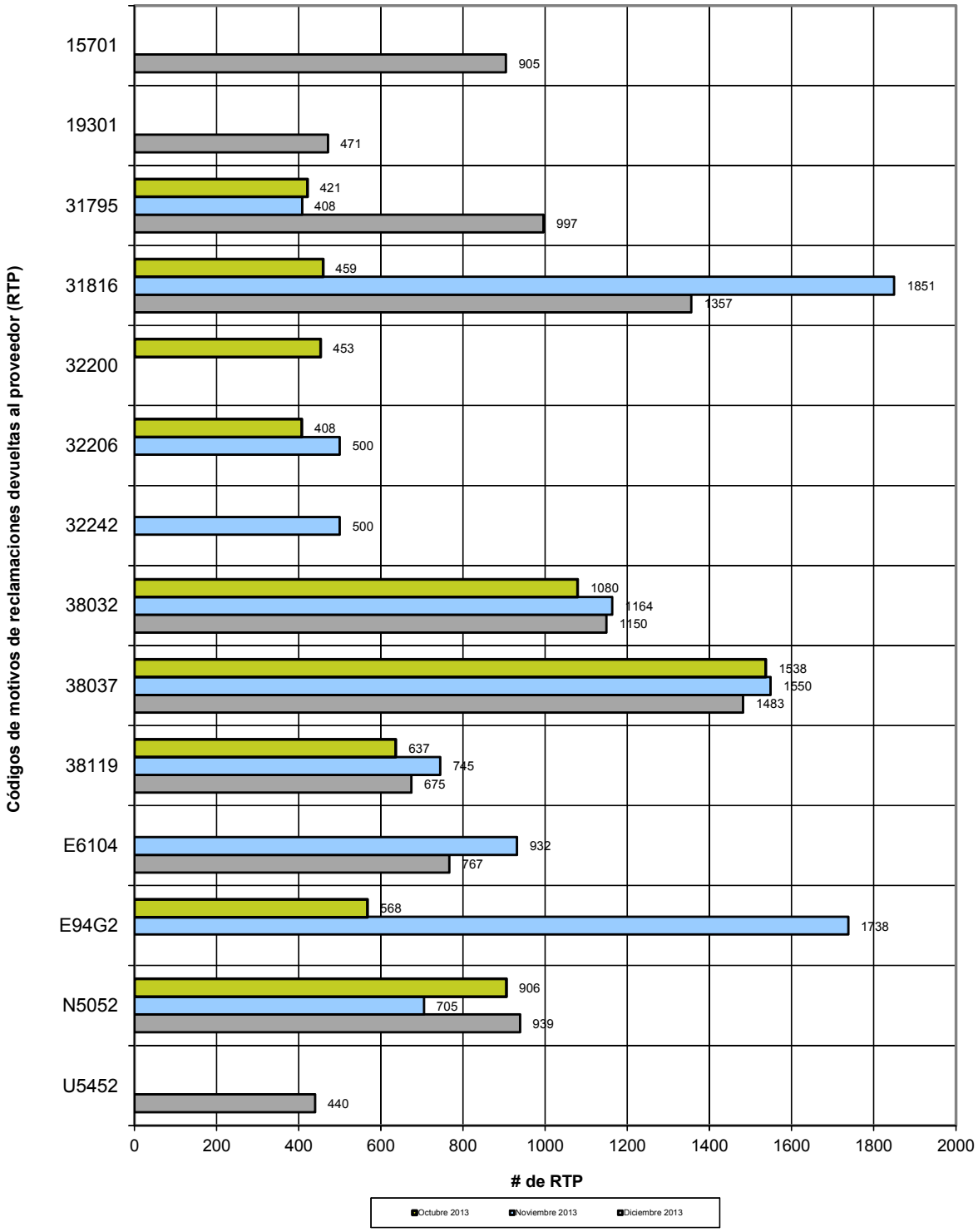
Preguntas de Parte A más frecuentes en octubre-diciembre de 2013



Rechazos más frecuentes de Parte A en octubre-diciembre de 2013



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en octubre-diciembre 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

Información Médica Adicional

Cambios a las determinaciones de cobertura local HCPCS 27

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).

Información médica adicional

Cambios a las determinaciones de cobertura local HCPCS 2014

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2014. Por lo tanto, los códigos de procedimiento han sido agregados, revisados, reemplazados y eliminados:

Título de LCD	Cambios
Allergy Testing	Eliminado el código *CPT® 88342* Agregado el código HCPCS G0461 Removido el asterisco (*) del código *CPT® 86628* que indica este servicio también está incluido en la LCD Noncovered Services (no relacionada con la actualización 2014 HCPCS)
Bisphosphonates (Intravenous [IV]) and Monoclonal Antibodies in the Treatment of Osteoporosis and Their Other Indications	Eliminado el código HCPCS Q2051 Agregado el código HCPCS J3489
Botulinum Toxins **(solamente Coding Guidelines)**	Eliminados los códigos *CPT® 64613* y *64614* Agregados los códigos *CPT® 64616, 64617, 64642, 64643, 64644, 64645, 64646* y *64647* Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43201* y *43236*
Diagnostic and Therapeutic	Eliminado el código *CPT® 43258* Agregados los códigos *CPT® 43233, 43253, 43254, 43266* y *43270* Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43235-43239, 43241, 43243-43251* y *43255*
Dialysis (AV fistula and graft) Vascular Access Maintenance	Eliminados los códigos *CPT® 37205, 37206, 37207* y *75960* Agregados los códigos *CPT® 37236, 37237, 37238* y *37239*
G-CSF (Filgrastim, Neupogen®)	Eliminados los códigos HCPCS J1440 y J1441 Agregados los códigos HCPCS J1442 y J1446 Cambiado el “LCD Title” de “G-CSF (Filgrastim, Neupogen®)” a “ G-CSF (Neupogen®, Granix™)”
Hemophilia Clotting Factors	Agregado el código HCPCS C9133
Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT)	Agregado el código *CPT® 77293* Cambio del descriptor para el código *CPT® 77295*
Intravenous Immune Globulin	Eliminado el código HCPCS C9130 Agregado el código HCPCS J1556
Mohs Micrographic Surgery (MMS) **(solamente Coding Guidelines)**	Eliminado el código *CPT® 88342* Agregado el código HCPCS G0461
Molecular Pathology Procedures	Agregado el código *CPT® 81287*
Molecular Pathology Procedures for Human Leukocyte Antigen (HLA) Typing	Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 81371, 81376* y *81382*
Noncovered Procedures – Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43201, 43236, 43241* y *43257*

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... *(continuación)*

Título de LCD	Cambios
Noncovered Services	Eliminados los códigos *CPT® 0183T* (reemplazados con el código *CPT® 97610*), *0185T* (cambiado al código *CPT® 99199*) y *0186T* (cambiado al código *CPT® 67299*) Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43206* y *43252* **El siguiente cambio no está relacionado con la actualización HCPCS 2014.** Con base en la CR 8572 el siguiente lenguaje fue agregado bajo la sección de la LCD "Local Noncoverage Decisions-Laboratory Procedures": "Beginning in CY 2014, payment for most laboratory tests (except for molecular pathology tests) will be packaged under the OPPS, therefore the clinical laboratory tests listed below, for TOB 13X (outpatient hospital), are packaged in this setting." "A partir del CY 2014, el pago de la mayoría de las pruebas de laboratorio (con excepción de las pruebas de patología molecular) serán reunidas bajo el OPPS, por lo tanto, las pruebas de laboratorio clínico que se enumeran a continuación, para TOB 13X (hospital de paciente ambulatorio), son reunidas en este entorno."
Plerixafor (Mozobil®)	Eliminados los códigos HCPCS J1440 y J1441 Agregados los códigos HCPCS J1442 y J1446
Renal Angiography	Eliminado el código HCPCS G0275
Therapy and Rehabilitation Services	Eliminado el código *CPT® 92506* Agregados los códigos *CPT® 92521, 92522, 92523* y *92524*

Notificación Anticipada al beneficiario

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

Direcciones Postales

Reclamaciones
Documentación adicional
Correspondencia general
Correspondencia de congresistas
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45003
Jacksonville, FL 32232-5003

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45096
Jacksonville, FL 32232-5096

Exámenes médicos posteriores al pago
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44159
Jacksonville, FL 32231-4159

Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA*)
First Coast Service Options Inc.
Attn: FOIA PARD 16T
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Fraude y abuso de Medicare
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y prostéticos
Suministros de llevar a casa
Medicamentos orales anticáncer
CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO
Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio
Palmetto Goverment Benefit Administrators
Medicare Part A
P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

RAILROAD MEDICARE
Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril
Palmetto Goverment Benefit Administrators
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44179
Jacksonville, FL 32231-4179

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

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales
First Coast Service Options Inc.
532 Riverside Avenue
Jacksonville, FL 32202-4914

Número Telefónicos

PROVEEDORES
Atencion al cliente – libre de cargo
Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.
1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)
1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)
1-877-602-8816

BENEFICIARIO
Atencion al cliente – libre de cargo
1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)
1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE
1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS
1-904-791-8103

Número de Fax
1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax
1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES
FCSO – MAC J9
medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.gov

BENEFICIARIOS
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificacones de la American Diabetes Association
Inscripción proveedor Medicare – ADA
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones/correspondencia
Florida:
Servicio al cliente Medicare Parte A
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Islas Vírgenes de EE.UU.:
First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45071
Jacksonville, FL 32232-5071

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

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

Solicitudes de Freedom of Information Act
(Relacionado con reporte de costos y auditorias). Auditoría y reembolso a los proveedores (PARD)

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

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

Medicare como pagador secundario (MSP)
Información general, pagos condicionales
MSP P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorias

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

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

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

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

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

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

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:
First Coast Service Options Inc
P. O. Box 45097
Jacksonville, FL 32232-5097

Servicios de correo expreso y correo especial
First Coast Service Options Inc.
532 Riverside Avenue
Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

Facturación

CMS corrige pagos en exceso y denegaciones para reclamaciones de nuevos pacientes afectadas por la implementación de CR 8165

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han identificado problemas relacionados a la petición de cambio (CR) 8165, *Common Working File (CWF) Informational Unsolicited Response (IUR) or Reject for A New Patient Visit Billed by the Same Physician or Physician Group within the Past Three Years* (vea el artículo relacionado de *MLN Matters®*) la cual fue implementada con la publicación de octubre de 2013.

CMS determinó que el proceso de recuperación implementado con esta CR generó pagos en exceso incorrectos y denegaciones de códigos de evaluación y manejo (E&M) de nuevo paciente y paciente establecido, afectando aproximadamente 318,000 reclamaciones. CMS está trabajando para corregir estas reclamaciones y poner en cero la cuenta creada de cuentas por cobrar. **Los proveedores no necesitan tomar acción.** El proceso de corrección será completado a finales de diciembre. Si un proveedor recibe una denegación apropiada para un nuevo código de paciente de E&M que debió haber sido facturado como un código establecido de E&M, el proveedor debe solicitar una reapertura a través del teléfono, por escrito, o a través del portal de MAC (donde sea aplicable).

Fuente: CMS PERL 201312-05

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8560
Número de petición de cambio relacionado: 8560
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de enero de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2854CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8560 le informa a los contratistas sobre las pruebas con dispensa recientemente aprobadas por el Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, las cuales requieren el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren que un modificador QW sea reconocido como una prueba con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013, y 85651. Ya que estas pruebas son comercializadas inmediatamente luego de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas sobre las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones con precisión. Hay seis pruebas con dispensa de complejidad añadidas, las cuales están identificadas en el archivo adjunto a la CR.

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8560.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8560, 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/R2854CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2854, CR 8560

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.

Cobertura

Indicaciones y limitaciones de Pegfilgrastim (Neulasta®) código HCPCS J2505

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente realizó el análisis de datos relacionados con la administración de Neulasta®. El análisis de los datos indicó que Neulasta® es rutinariamente administrado el día después de la última dosis del ciclo de la quimioterapia citotóxica. Esto plantea una pregunta sobre si hay o no requerimientos de la determinación de cobertura local (LCD) bajo las indicaciones y las limitaciones y/o la necesidad médica relacionada con que se estén cumpliendo las directrices de las 24 horas.

First Coast revisó la LCD L29254, Pegfilgrastim (Neulasta®) para el código J2505 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), efectivo el 7 de febrero de 2013. Bajo la sección de indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica las condiciones para la administración de Neulasta® son las siguientes:

- La administración de Neulasta® no debe ocurrir 14 días antes, y 24 horas después, de la administración de la quimioterapia citotóxica con la siguiente excepción fuera de las indicaciones de la etiqueta de Medicare para su uso:
- Si el paciente está en un ciclo de quimioterapia en una dosis densa de 14 días, sería aceptable administrar Neulasta® fuera de la regla para la quimioterapia de los 14 días antes y las 24 horas después. Neulasta® normalmente sería administrado en el segundo día del ciclo de la quimioterapia de dosis densa de 14 días. Un ejemplo de esto sería una dosis densa que recibe el paciente de Cytoxan/Adriamycin y Taxol para cáncer de mama. Los registros/órdenes de medicamentos de quimioterapia deberán indicar que el paciente está programado para un ciclo de quimioterapia en una dosis densa de 14 días.

Requerimientos de documentación

Los proveedores deben documentar claramente el tiempo de la última dosis del ciclo terminado de la quimioterapia citotóxica y el tiempo en el que fue administrado Neulasta en el día siguiente para cumplir con la directriz de las 24 horas para Neulasta o la documentación de los registros/órdenes de medicamentos debe indicar que el paciente está programado para un ciclo de quimioterapia en una dosis densa de 14 días.

Evaluación y Manejo

Servicio de manejo del día de alta hospitalaria

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha identificado, a través del análisis de datos, pagos de más de un servicio por manejo del día de alta hospitalaria por estadía en el hospital. Los códigos del *Current Procedural Terminology (CPT®)* identificados en este análisis incluyen *99238 (Hospital discharge 30 minutes or less [alta hospitalaria de 30 minutos o menos])* y *99239 (Hospital discharge day management; more than 30 minutes [manejo del día de alta hospitalaria; más de 30 minutos]).* Según las directrices de Medicare, solamente un *CPT® 99238* o *99239* es pagable por paciente por estadía en el hospital.

Como se describe en *Medicare Claims Processing Manual*, publicación 100-04, capítulo 12, 30.6.9.2, el médico principal del registro deberá agregar el modificador AI (médico principal del registro) a la reclamación para el código inicial de la atención hospitalaria. El modificador de AI identifica el médico que supervisa el cuidado del paciente de todos los otros médicos que puedan prestar atención especializada. Sólo el médico que atiende del registro (o el médico o profesional de la salud calificado que actúa en nombre del médico que atiende) reporta el servicio de manejo del día de alta. El servicio de manejo del día de alta hospitalaria, código *CPT® 99238* o *99239* se describe como un servicio cara a cara de evaluación y manejo (E/M).

Requerimientos de facturación

Cuando factura por un servicio de manejo del día de alta hospitalaria – tanto el código *CPT® 99238* o *99239* – la reclamación debe reflejar la fecha real en que ocurrió la visita cara a cara por el médico o el profesional de la salud calificado, incluso si el paciente es dado de alta del centro en una fecha del calendario diferente.

Servicios de observación de hospital

First Coast Service Options Inc. (First Coast) identificó, a través del análisis de datos, pagos indebidos por servicios de evaluación y manejo de observación. Se identificó que los servicios de evaluación y manejo no correspondían con la cantidad de tiempo que el paciente recibió servicios de observación en un centro de cuidados agudos.

Según lo descrito en el Medicare Claims Processing Manual, publicación 100-04, capítulo 12, sección 30.6.8 y capítulo 4, sección 290.2.2 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):

> Similar a los códigos de observación inicial, el pago de un código de cuidado posterior de observación es para toda la atención prestada por el médico tratante en el día(s) diferente a la fecha inicial o de alta. Todos los otros médicos que suministran consultas y evaluaciones adicionales o servicios, mientras que el paciente está recibiendo servicios de observación en el hospital de paciente ambulatorio, deben facturar los códigos apropiados de servicio de paciente ambulatorio.
>
> Cuando un paciente recibe cuidado de observación por menos de 8 horas en la misma fecha del calendario, el 'Initial Observation Care' (cuidado de observación inicial), *códigos 99218-99220* del *Current Procedural Terminology (CPT®)*, deberá ser reportado por el médico. El 'Observation Care Discharge Service' (servicio de cuidado de observación de alta), *código CPT® 99217*, no deberá ser reportado para este escenario.
>
> Cuando un paciente es admitido para el cuidado de observación, y luego se da de alta en una fecha del calendario diferente, el médico deberá informar el 'Initial Observation Care' (cuidado de observación inicial), *códigos 99218-99220* del *CPT®*, y el CPT de servicio de cuidado de observación de alta, código *CPT® 99217*. En raras ocasiones cuando un paciente permanece en cuidado de observación durante 3 días, el médico deberá informar un código de cuidado de observación inicial (*códigos CPT® 99218-99220*) para el primer día del cuidado de observación, un código de cuidado posterior de observación (*códigos CPT® 99224-99226*) para el segundo día del cuidado de observación, y un *código CPT® 99217* de cuidado de observación de alta para el cuidado de observación en la fecha del alta. Cuando el cuidado de observación continúa más allá de 3 días, el médico debe reportar un código de cuidado posterior de observación (*códigos CPT® 99224-99226*) para cada día entre el primer día del cuidado de observación y la fecha de alta.
>
> Cuando un paciente recibe cuidado de observación durante un mínimo de 8 horas, pero menos de 24 horas, y se da de alta en la misma fecha del calendario, 'Observation or Inpatient Care Services' (los servicios de cuidado de observación o de paciente hospitalizado), (que incluyen servicios de admisión y alta médica) de los códigos *CPT® 99234-99236* deberán ser reportados. La observación de alta, *código CPT® 99217*, tampoco puede ser reportado para este escenario.
>
> El tiempo de observación se inicia en la hora del tiempo documentado en la historia clínica del paciente, lo que coincide con el momento en que se inicia el cuidado de observación de acuerdo con la orden de un médico. El tiempo de observación termina cuando se completan todos los servicios médicamente necesarios relacionados con el cuidado de observación.

Requerimientos de documentación

El médico deberá satisfacer las directrices de documentación de E/M para el suministro del cuidado de observación o la atención hospitalaria para el paciente hospitalizado. Además de cumplir con los requisitos de documentación para la historia, el examen y la toma de decisiones médicas, la documentación en el registro médico deberá incluir:

- Documentación que indique la estadía para el cuidado de observación o la atención hospitalaria para el paciente hospitalizado involucra 8 horas, pero menos de 24 horas;
- Documentación que identifique al médico que factura estaba presente y personalmente prestó los servicios, y
- Documentación que identifique la orden de los servicios de observación, notas de progreso y que las notas de alta fueron escritas por el médico que factura.

Información General

Implementación – reducción de pago del programa de ASCQR

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

Resumen

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8349, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en *http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1280OTN.pdf*.

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

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

Actualización del sistema de pago de ASC de enero de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8575
Número de petición de cambio relacionado: 8575
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de enero de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2849CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8575, la cual describe cambios e instrucciones de facturación, para las políticas de pago implementados en la actualización del sistema de pago del centro quirúrgico (ASC) de enero de 2014. Esta actualización incluye los siguientes cambios fundamentales:

- Nuevo código de procedimiento quirúrgico C9737 ha sido añadido a la tarifa fija de ASC
- Facturación por medicamentos, productos biológicos, y radiofármacos
- Tarifas de pagos actualizadas para ciertos tipos de códigos efectivo el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2013
- Nueva política para procedimientos de sustitución de piel
- Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8575.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8575, 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/R8575.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2849, CR 8575

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.

Instrucciones del formulario de reclamación CMS 1500: Revisado para la versión del formulario 02/12

Número de *MLN Matters*: MM8509
Número de petición de cambio relacionado: 8509
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de diciembre de 2013
Fecha de efectividad: 6 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2842CP
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Solamente los proveedores que cumplan con los requerimientos de excepción de la ley de cumplimiento de la simplificación administrativa (ASCA) se les permite presentar sus reclamaciones a Medicare en papel, las cuales deben ser presentadas en el formulario de reclamación CMS 1500.

El 10 de junio de 2013, la oficina de gerencia y presupuesto de la Casa Blanca (OMB) aprobó el formulario revisado, versión 02/12. La mayoría de estos cambios son nuevos indicadores para diferenciar entre los códigos de ICD-9 e ICD-10 y nuevos calificadores para identificar el rol del proveedor ingresado en el ítem 17.

Los calificadores, a continuación, son apropiados para la identificación del rol de quien ordena, refiere, o supervisa:

- **DN** – proveedor que refiere
- **DK** – proveedor que ordena
- **DQ** – proveedor que supervisa

Los proveedores deben ingresar el calificador a la izquierda de la línea vertical de puntos en el ítem 17.

Nota: Las reclamaciones presentadas con un identificador nacional del proveedor y sin uno de los calificadores anotados anteriormente, o un calificador inválido, serán devueltas como no procesables.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es *http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8509.pdf*.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8509, 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/R2842CP.pdf*.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2842, CR 8509

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

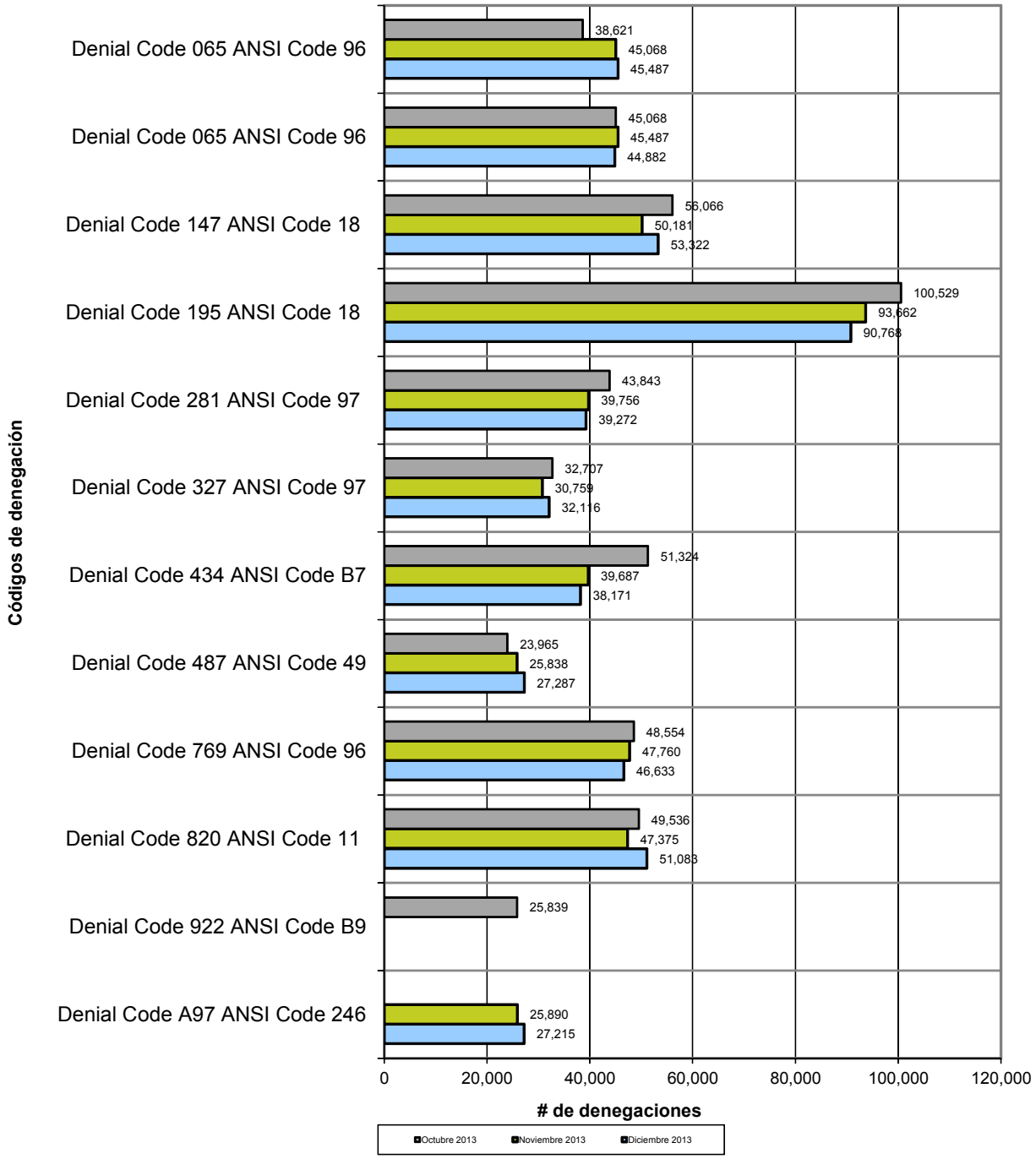
- Inscríbase para eventos en vivo
- Explore cursos en línea
- Encuentre información de CEU
- Descargue eventos grabados

Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

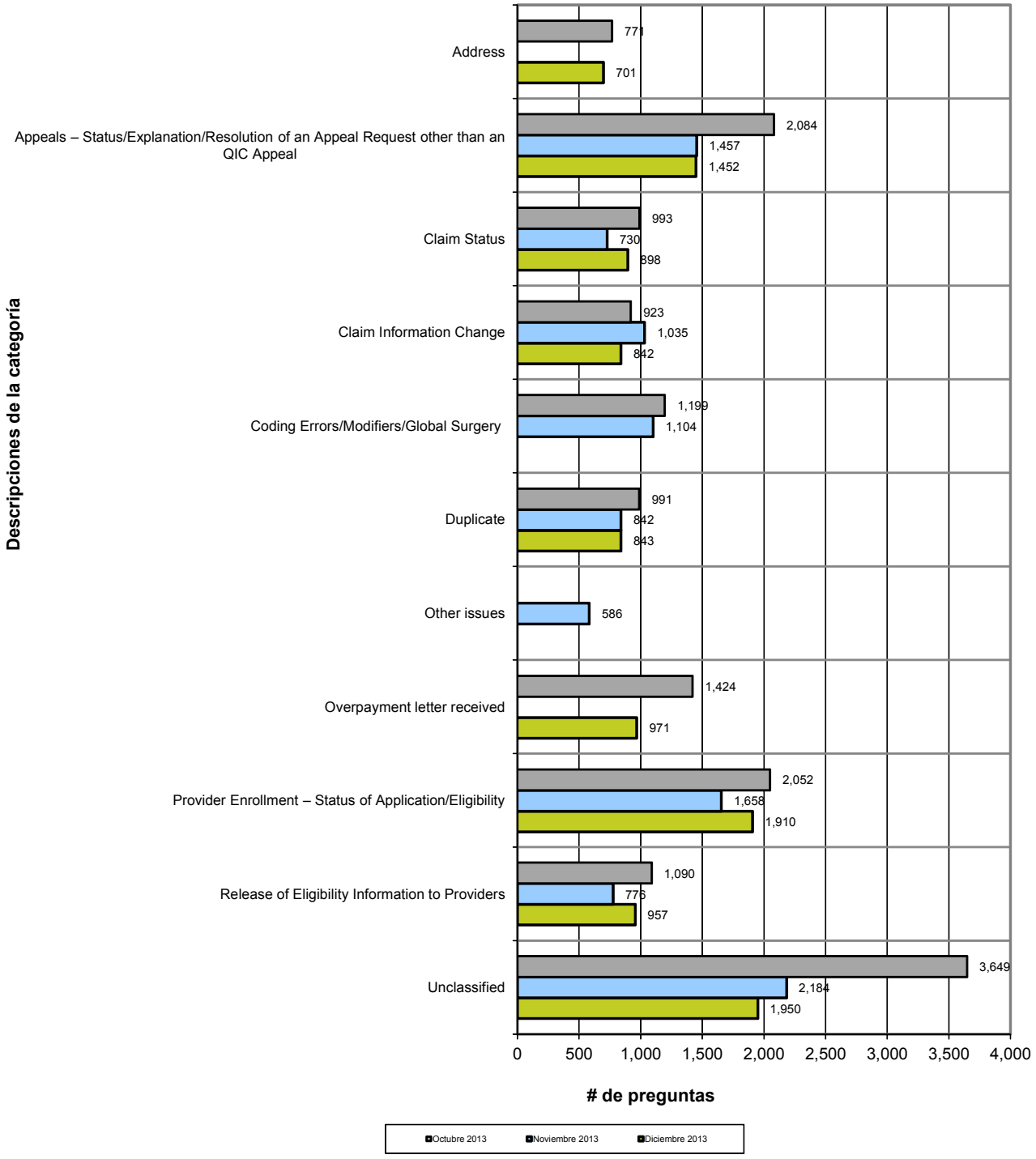
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en octubre - diciembre de 2013

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

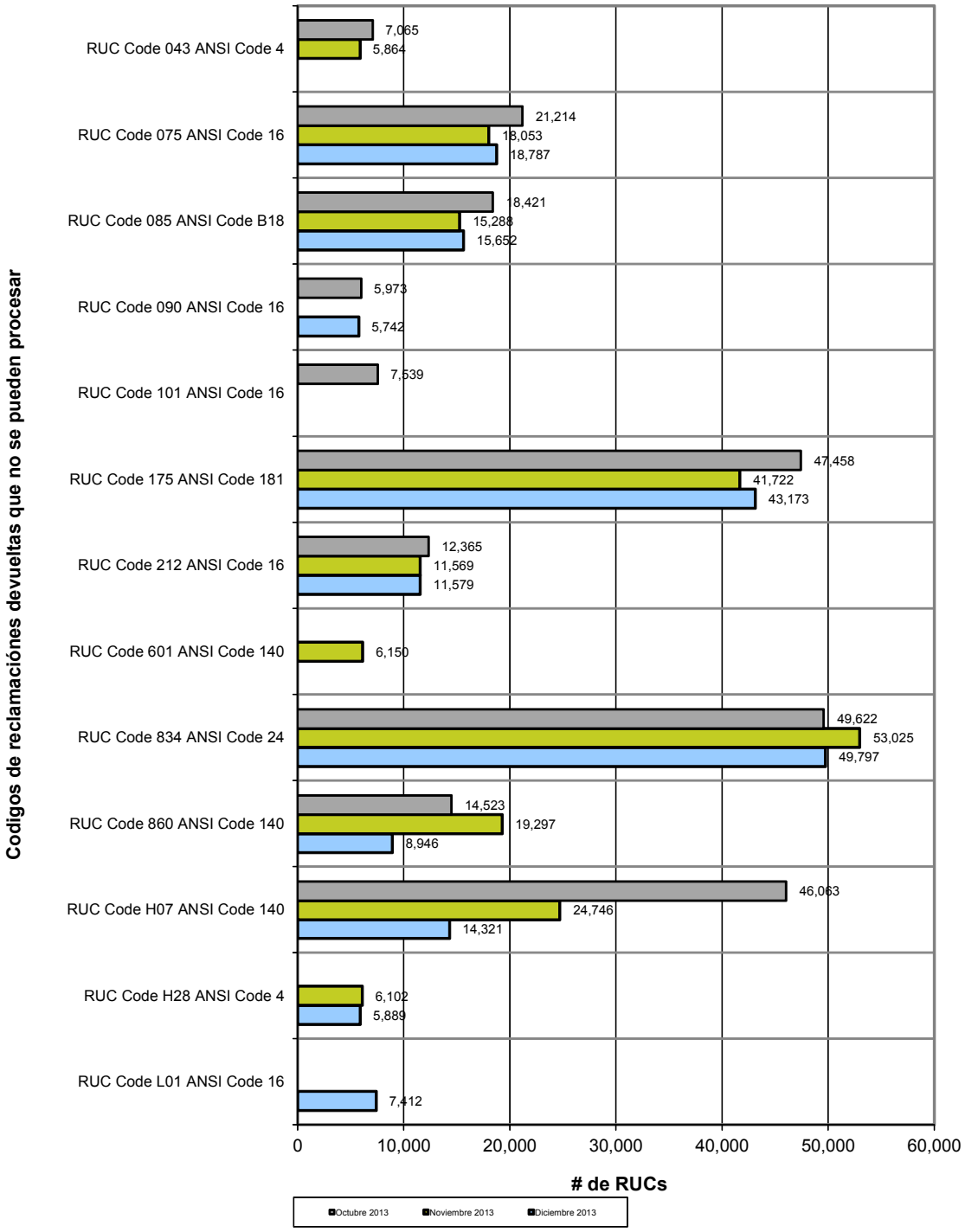
Denegaciones de Parte B más frecuentes en octubre-diciembre de 2013



Preguntas de Parte B más frecuentes en octubre-diciembre de 2013



RUC de Parte B más frecuentes en octubre-diciembre 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

Información Médica Adicional

Cambios a las determinaciones de cobertura local HCPCS 40

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).

Información Médica Adicional

Cambios a las determinaciones de cobertura local HCPCS 2014

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2014. Por lo tanto, los códigos de procedimiento han sido agregados, revisados, reemplazados y eliminados:

Título de LCD	Cambios
Allergy Testing	Eliminado el código *CPT® 88342* Agregados los códigos HCPCS G0461 y G0462 Removido el asterisco (*) del código *CPT® 86628* que indica este servicio también está incluido en la LCD Noncovered Services (no relacionada con la actualización de HCPCS 2014)
Bisphosphonates (Intravenous [IV]) and Monoclonal Antibodies in the Treatment of Osteoporosis and Their Other Indications	Eliminado el código HCPCS Q2051 Agregado el código HCPCS J3489
Botulinum Toxins **(solamente Coding Guidelines)**	Eliminados los códigos *CPT® 64613* y *64614* Agregados los códigos *CPT® 64616, 64617, 64642, 64643, 64644, 64645, 64646* y *64647* Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43201* y *43236*
Cardiovascular Nuclear Imaging Studies	Eliminado el código HCPCS J0152 Agregado el código HCPCS J0151
Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy	Eliminado el código *CPT® 43258* Agregados los códigos *CPT® 43233, 43253, 43254, 43266* y *43270* Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43235-43239, 43241, 43243-43251* y *43255*
Dialysis (AV fistula and graft) Vascular Access Maintenance	Eliminados los códigos *CPT® 37205, 37206, 37207* y *75960* Agregados los códigos *CPT® 37236, 37237, 37238* y *37239*
G-CSF (Filgrastim, Neupogen®)	Eliminados los códigos HCPCS J1440 y J1441 Agregados los códigos HCPCS J1442 y J1446 Cambiado el “LCD Title” de “G-CSF (Filgrastim, Neupogen®)” a “ G-CSF (Neupogen®, Granix™)”
Hemophilia Clotting Factors	Agregado el código HCPCS C9133
Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF) **(solamente Coding Guidelines)**	Eliminados los códigos *CPT® 77031* y *77032*
Interferon	Eliminado el código HCPCS Q3025 Agregado el código HCPCS Q3027
Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT)	Agregado el código *CPT® 77293* Cambio del descriptor para el código *CPT® 77295*
Intravenous Immune Globulin	Eliminado el código HCPCS C9130 Agregado el código HCPCS J1556
Mohs Micrographic Surgery (MMS) **(solamente Coding Guidelines)**	Eliminado el código *CPT® 88342* Agregados los códigos HCPCS G0461 y G0462
Molecular Pathology Procedures	Agregado el código *CPT® 81287*
Molecular Pathology Procedures for Human Leukocyte Antigen (HLA) Typing	Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 81371, 81376* y *81382*
Noncovered Procedures – Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43201, 43236, 43241* y *43257*

(Continúa en la página siguiente)

Cambios... *(continuación)*

Título de LCD	Cambios
Noncovered Services	Eliminados los códigos *CPT® 0124T* (cambiado al código *CPT® 68399*), *0183T* (reemplazado con el código *CPT® 97610*), *0185*T (cambiado al código *CPT® 99199*) y *0186T* (cambiado al código *CPT® 67299*) Cambio del descriptor para los códigos *CPT® 43206* y *43252*
Plerixafor (Mozobil®)	Eliminados los códigos HCPCS J1440 y J1441 Agregados los códigos HCPCS J1442 y J1446
Renal Angiography	Eliminado el código HCPCS G0275
Sacral Neuromodulation **(solamente Coding Guidelines)**	Agregado el código HCPCS L8679
Skin Substitutes	Agregados los códigos HCPCS Q4137, Q4138, Q4139, Q4140, Q4141, Q4142, Q4143, Q4145, Q4146, Q4147, Q4148 y Q4149 a la sección de la LCD “The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products.” “Los siguientes códigos HCPCS no son pagables por separado y no son considerados productos médicamente razonables ni necesarios.” Agregados los códigos HCPCS C5271, C5272, C5273, C5274, C5275, C5276, C5277 y C5278 al anexo de la LCD “Coding Guidelines”. **El siguiente cambio no está relacionado con la actualización HCPCS 2014.** Con base en la CR 8575 el siguiente lenguaje fue agregado al anexo de la LCD “Coding Guidelines” *“Beginning January 1, 2014 ASCs should not separately bill for packaged skin substitutes.” “A partir del 1 de enero de 2014 los ASC no deberán facturarse separadamente para los sustitutos de piel empaquetados.”*
Therapy and Rehabilitation Services	Eliminado el código *CPT® 92506* Agregados los códigos *CPT® 92521, 92522, 92523* y *92524*

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

RAILROAD MEDICARE
Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril
Palmetto Goverment Benefit Administrators
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Inscripción de proveedores
Cambios de dirección postal
First Coast Service Options Inc.
Provider Enrollment
Post Office Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI*)
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Lista de vacunados contra la infuenza
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45031
Jacksonville, FL 32232-5031

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

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

Correo expreso y otros servicios postales especiales
First Coast Service Options Inc.
532 Riverside Avenue
Jacksonville, FL 32202-4914

Número Telefónicos

PROVEEDORES
Atencion al cliente – libre de cargo
Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.
1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)
1-888-216-8261

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

BENEFICIARIO
Atencion al cliente – libre de cargo
1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)
1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS
1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS
1-904-791-8103

Número de Fax
1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES
FCSO – MAC J9
medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.gov

BENEFICIARIOS
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

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

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

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

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

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

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

Comunicaciones

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

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

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

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

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

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

Reclamaciones de (DME), prostéticos u ortóticos

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

Reclamaciones electrónicas (EMC) Reclamaciones, acuerdos y 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: inscipción en Medicare
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

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

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalecientes o de tarifa fija:
Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

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

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

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

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

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

Números telefónicos

Provedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
1-866-454-9007

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

Correo electrónico: *AskFloridaB@fcso.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 prostéticas

Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

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

Beneficiarios

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

Información de contacto Islas Vírgenes EE.UU.

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor
Inscripción del proveedorr
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor:
Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

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

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

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

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores

1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

Correo electrónico:
AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente Beneficiarios

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

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

Registro de eventos educacionales

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 -soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112

Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager