

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Febrero 2014



HETS reemplaza las consultas de elegibilidad del CWF del seguro de salud del beneficiario de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1249 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

Este artículo describe los próximos cambios a los servicios de consulta de elegibilidad de seguro de salud del beneficiario de Medicare. En abril de 2013, el acceso a las funciones de consulta de elegibilidad del archivo común de trabajo (CWF) implementado en el sistema de aseguradoras múltiples (multi-carrier system, MCS) y los sistemas de procesamiento de información viable (VIP) del sistema de Medicare (VMS) fueron terminados. CMS tiene la intención de poner fin al acceso a las otras consultas de elegibilidad de CWF implementadas en acceso al sistema remoto (direct data entry, DDE) del sistema estándar intermediario fiscal (FISS) para abril de 2014 (vea la **nota**). Esto no afectará el uso de DDE para presentar reclamaciones o para corregir reclamaciones y no impactará el acceso a la información de elegibilidad del beneficiario desde unidades del sistema de respuesta automática (IVR) y/o portales de Internet.

En esta edición

NCD para los marcapasos cardiacos	3
Hallazgo de CERT de pagos indebidos	6
Corrección a la edición para vacunas	10
Aplicación de los límites de terapia	17
Punto de origen para admisión.....	20
Tres días previos a la hospitalización.....	21
Lista DMEPOS de 2014 de la jurisdicción.....	36
Reasignaciones interjurisdiccionales.....	39

Nota: La petición de cambio 8248 crea la habilidad de CMS para terminar las “otras” consultas. CMS está retrasando la fecha de terminación de abril de 2014 de estas “otras” consultas y proveerá al menos una notificación de 90 días por adelantado sobre la nueva fecha de terminación. Esto no afectará otro proceso utilizado para acceder la información de elegibilidad del beneficiario de los contratistas de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1249.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1249.

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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Estudios FDG PET para tumores sólidos	3
NCD para los marcapasos cardiacos permanentes.....	3
NCD para PET beta amiloide en demencia y la enfermedad neurodegenerativa	4
Actualización de la categoría del estatus de la reclamación.....	4
Facturación de medicamentos y productos biológicos	5
Hallazgo de CERT de pagos indebidos.....	6
Cambios al software de NCD para los códigos ICD-10.....	6
Guía sobre el procesamiento de reclamaciones.....	7
Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare.....	7
Nuevo nombre, logo para el grupo educativo de los MAC	8
Directorio de médicos y proveedores participantes de Medicare Parte B.....	8
Corrección al manual sobre la notificación anticipada al beneficiario	9
Aplicaciones móviles para pagos abiertos libres de costo	9
Reportando las cantidades del principal y los intereses en la remesa de pago.....	10
Corrección a la edición para vacunas suministradas en un hospicio.....	10
Notificación sobre el nuevo centro de recuperación y coordinación de beneficios	11
Las modificaciones de la fase 2 para artículos y servicios ordenados/referidos	11
Actualizaciones editoriales y técnicas al 'NCD Manual'	12
CMS elimina las búsquedas del proveedor de elegibilidad del CWF de Parte A	12
Aplicaciones móviles para pagos abiertos actualizadas	13
CMS publica los archivos de fijación de precios de medicamentos de Parte B.....	13
MLN Connects™ Provider e-News de CMS	14

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

Parte A

Nuevos requerimientos de reporte de datos para reclamaciones de hospicio	16
Denegación de servicios de paciente hospitalizado.....	16
Aplicación de los límites de terapia a los hospitales de cuidado crítico	17
Actualización del manual en relación a la asignación de los MAC	17
Implementando las políticas de pago de paciente interno de Parte B	18
Campos de IPPS y PSF nuevos y más amplios en preparación para iniciativas futuras.....	18
Use el código de lapso de ocurrencia 72 para identificar el tiempo asociado	19
Revisiones de la investigación de las reclamaciones de hospital	19
Punto de origen para admisión o código de visita para los IPF	20
Ediciones de consistencia del modificador de terapia.....	21
Tres días previos a la hospitalización	21

Gráficos

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

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A.....	27
Contactos Parte A de Puerto Rico	33
Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....	34

Parte B

Revisión previa al pago para los códigos CPT® de servicio de evaluación y manejo	35
Códigos de cuidado de observación no pueden ser facturados	36
Lista DMEPOS de 2014 de la jurisdicción.....	36
Código de especialidad no médica para facturadores	37
Último año para obtener el pago de incentivo PQRS.....	37
Inscripción de entidades que usan el procedimiento de pago indirecto.....	38
Presentación de reclamaciones de Parte B bajo el IPP	39
Reasignaciones interjurisdiccionales.....	39
Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA.....	40

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	41
Denegaciones más frecuentes.....	42
Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables.....	43

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B	44
Ordenar materiales de Parte B.....	51
Contactos Parte B de Puerto Rico	52
Contactos Parte B de Florida	53
Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	54

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 2
Febrero de 2014

Publications staff

Kathleen Cruz
Soffia 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.

Cobertura

Estudios FDG PET para tumores sólidos

Número de *MLN Matters*: MM8468

Número de petición de cambio relacionado: 8468

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: 11 de junio de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R162NCD/ R2873CP

Fecha de implementación: 7 de marzo de 2014: ediciones del sistema no compartido, 7 de julio de 2014: ediciones del sistema compartido.

Resumen

Luego de una solicitud para reconsiderar los requerimientos de cobertura de tomografías por emisión de positrones fluorodeoxiglucosa (FDG PET), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron el manual de las “Determinaciones nacionales de cobertura”. La revisión removió el requerimiento de cobertura con evidencia de desarrollo (CED) para todas las indicaciones oncológicas. FDG PET incluye PET/tomografía computarizada (CT) y PET/imágenes por resonancia magnética (MRI).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8468.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8468, 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/R162NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2873CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 162, CR 8468 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2873, CR 8468

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.

NCD para los marcapasos cardiacos permanentes de cámara única o doble

Número de *MLN Matters*: MM8525

Número de petición de cambio relacionado: 8525

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: 13 de agosto de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R161NCD y R2872CP

Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

La petición de cambio 8525 describe la determinación nacional de cobertura (NCD) que concluye que los marcapasos de cámara única o doble son razonables y necesarios para el tratamiento de bradicardia sintomática no reversible debido a la disfunción del nódulo sinusal y bloqueo auriculoventricular de segundo y/o tercer grado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8525.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8525, 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/R161NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2872CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 161, CR 8525 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2872, CR 8525

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.

NCD para PET beta amiloide en demencia y la enfermedad neurodegenerativa

Número de *MLN Matters*: MM8526

Número de petición de cambio relacionado: 8526

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: 27 de septiembre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: 2871CP/160NCD

Fecha de implementación: 7 de julio de 2014



Resumen

Comenzando el 7 de julio de 2014, las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 27 de septiembre de 2013, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) solamente permitirá cobertura para imagen PET A β (beta amiloide) (una tomografía por paciente) a través de la cobertura con evidencia de desarrollo (CED) en ciertos escenarios.

Nota: Cada nuevo radiofármaco beta amiloide requerirá un código separado. Hasta que se apruebe un nuevo radiofármaco beta amiloide, se utilizará el procedimiento no listado A9599; se emitirá una CR subsecuente para actualizar esta política de NCD

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8526.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8526, 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/R160NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2871CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 160, CR 8526 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2871, CR 8526

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

EDI

Actualización de la categoría del estatus de la reclamación y estatus de los códigos de la reclamación

Número de *MLN Matters*: MM8582 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8582

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2884CP

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

El Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos pagadores de beneficios del cuidado de la salud utilicen solamente la categoría del estatus de los códigos de la reclamación y el estatus de los códigos de la reclamación aprobados por el comité nacional de mantenimiento de código.

El comité nacional de mantenimiento de código se reúne a principios de febrero, junio y octubre de cada año, y toma decisiones sobre las adiciones, modificaciones y retiro de los códigos existentes. Todos los cambios de código aprobados durante la reunión inicial del comité de 2014 se publicarán, junto con las listas de códigos, incluyendo la fecha en que se añadió, cambió o eliminó un código.

Estos cambios en el código son para ser utilizados en la edición de todas las transacciones procesadas a partir del 1 de abril de 2014 y han de reflejarse en las transacciones x12 277 emitidas a partir de esa fecha. El grupo

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (continuación)

de códigos está disponible en <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/> y <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8582.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8582, 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/R2884CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2884, CR 8582

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

Facturación

Facturación de medicamentos y productos biológicos

Los medicamentos y productos biológicos deben ser facturados en múltiplos de la dosis especificada en el descriptor largo del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). El número de unidades facturadas debe asignarse sobre la base del incremento de la dosis especificada en el descriptor largo de HCPCS y corresponde a la cantidad real del medicamento administrado al paciente, incluyendo cualquier desecho apropiado de residuo de medicamentos. Si la dosis de medicamento que se usa en el cuidado de un paciente no es un múltiplo de la dosis del descriptor del código HCPCS, el proveedor redondea a las siguientes unidades más altas.

Según lo descrito en el Medicare Claims Processing Manual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), publicación 100-04, capítulo 17, sección 10 y sección 40:

Los medicamentos se facturan en múltiplos de la dosis especificada en el descriptor largo del código HCPCS. Si la dosis del medicamento que se usa en el cuidado de un paciente no es un múltiplo de la dosis del descriptor del código HCPCS, el proveedor redondea a la siguiente unidad más alta con base en el descriptor largo de HCPCS para el código con el fin de reportar la dosis proporcionada.

Si la dosis completa proporcionada es menor que la dosis para el descriptor del código HCPCS, que especifica la dosis mínima para el medicamento, el proveedor reporta una unidad del código HCPCS para la cantidad mínima de dosificación.

CMS alienta a los médicos, hospitales y otros proveedores y abastecedores el cuidado y la administración a los pacientes de una forma tal que puedan usar medicamentos o productos biológicos más eficientemente, de manera clínicamente apropiada.

Cuando un médico, hospital u otro proveedor o abastecedor deba eliminar los residuos de frasco de un sólo uso u otro paquete de un sólo uso después de administrar una dosis/cantidad del medicamento o producto biológico para un paciente de Medicare, el programa proporciona el pago de la cantidad de medicamento o producto biológico desechado, así como la dosis administrada, hasta la cantidad de medicamento o producto biológico, como se indica en la etiqueta del frasco o paquete.

Frascos multiuso no están sujetos al pago de la cantidad desechada de medicamentos o productos biológicos.

Requerimientos de documentación

La documentación en el registro médico deberá incluir:

- Nombre del medicamento
- Fecha de administración
- Hora de administración
- Cantidad entregada (gramo, microgramo, unidad internacional, etc.)
- Ruta (intravenoso, intramuscular, subcutáneo, etc.)
- Cantidad de desperdicio de medicamento según sea el caso
- Nombre y credenciales de la persona que administra el medicamento

(Continúa en la página siguiente)

Facturación... (continuación)

Para más detalles sobre facturación de medicamentos y productos biológicos, por favor consulte el Medicare Claim Processing Manual de CMS, *publicación 100-04, capítulo 17*.

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

Hallazgo de CERT de pagos indebidos para servicios de psiquiatría y sicoterapia

Número de *MLN Matters*: SE1407 Anulado
 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) anularon el artículo de edición especial de *MLN Matters*® *SE1407*. El artículo revisado será publicado más adelante.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1407.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1407

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

ICD 10

Cambios al software de NCD para los códigos ICD-10

Número de *MLN Matters*: MM8494 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8494
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2865CP
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

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

La petición de cambio 8494 provee instrucción a los mantenedores del sistema compartido de Medicare para actualizar el software de la edición de determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorios para acomodar el procesamiento de los códigos de diagnóstico ICD-10, que se ha retrasado hasta el 1 de octubre 2014.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8494, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2865CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2865, CR 8494

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

Guía sobre el procesamiento de reclamaciones del sistema de pago mediante tarifa fija de Medicare para implementar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (ICD-10)

Número de *MLN Matters*: SE1408
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) han identificado posibles problemas de procesamiento de reclamaciones para los proveedores con reclamaciones que abarcan el 1 de octubre de 2014, fecha de implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (ICD-10).

Para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2014, los proveedores del cuidado médico deben presentar reclamaciones utilizando solamente los conjuntos de códigos ICD-10. Las reclamaciones no pueden contener ambos, los códigos ICD-9 y los códigos ICD-10. Sin embargo, donde los códigos ICD-9 son efectivos para la porción de los servicios prestados en o antes del 30 de septiembre de 2014, CMS ha desarrollado las pautas para asistir a los proveedores en la presentación de reclamaciones.

Por ejemplo, si una reclamación de hospital conecta el día de transición con una fecha de alta a partir del 1 de octubre de 2014, entonces la reclamación completa es facturada utilizando 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/SE1408.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1408

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.

Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1409
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

Debido a los impactos de la transición de ICD-10 para toda comunidad del cuidado de la salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han desarrollado un enfoque completo de cuatro componentes para la preparación y las pruebas para asegurar que la comunidad del proveedor esté lista.

El enfoque de cuatro componentes incluye:

- Pruebas internas de CMS de su sistema de procesamiento de reclamación
- Herramientas de pruebas Beta iniciadas por el proveedor

- Pruebas de acuses de recibo, y
- Pruebas integrales

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1409.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1409

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

Nuevo nombre, logo para el grupo educativo de los MAC de Parte A y B

Durante una teleconferencia nacional en agosto de 2013, los MAC anunciaron el lanzamiento del grupo de trabajo del contratista de CERT A/B MAC. Todos



los MAC de Parte A y Parte B se han reunido con la intención de educar a los proveedores sobre las costosas denegaciones de reclamaciones y errores de facturación para Medicare. El objetivo es colaborar en productos educativos innovadores para reducir la tasa nacional de error de pago, según medida por el programa de CERT.

El grupo de trabajo ha modificado su nombre a **grupo de trabajo de asuntos de asistencia y educación de MAC CERT A/B** para demostrar la importancia en la educación de CERT. Este cambio enfatiza su enfoque en asuntos de asistencia y educación para reducir los errores de CERT a la vez que los distingue de otras entidades que están trabajando en problemas relacionados a CERT. El nuevo nombre también es reflejado en el logo actual del grupo de trabajo. Todos los productos educativos futuros tendrán el nuevo nombre y logo.

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

Aprenda sobre el grupo de trabajo

El grupo de trabajo de asuntos de asistencia y educación de MAC CERT A/B le invita a aprender sobre su misión y planes educativos, así como también a acceder a la grabación de la primera teleconferencia el 20 de agosto de 2013. [Haga clic aquí.](#)

El grupo de trabajo de asuntos de asistencia y educación de MAC CERT A/B espera con interés el poder colaborar con proveedores, asociaciones y sociedades a través de la nación para documentación y reclamaciones de Medicare libres de error.

Contratistas participantes

- Cahaba Government Benefit Administrators, LLC/J10
- CGS Administrators, LLC/J15
- First Coast Service Options, Inc./J9
- National Government Services, Inc./J6 y JK
- Noridian Healthcare Solutions, LLC/JE y JF
- Novitas Solutions, Inc./JH and JL
- Palmetto GBA/J11
- Wisconsin Physicians Service Insurance Corporation/J5 and J8

Aviso legal: El grupo de trabajo de asuntos de asistencia y educación de MAC CERT A/B es independiente del equipo de CERT de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y los contratistas de CERT, los cuales son responsables de los cálculos de la tasa de pago indebido de tarifa fija de Medicare.

Directorio de médicos y proveedores participantes de Medicare Parte B en 2014

El directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B (MEDPARD) contiene nombres, direcciones, números de teléfono y especialidades de médicos y proveedores que han acordado participar en la aceptación de la asignación en todas las reclamaciones de Medicare de Parte B para los artículos y servicios cubiertos.

Se puede acceder a la lista de MEDPARD en <http://medicareespanol.fcso.com/MEDPARD/>.

Fuente: CMS IOM publicación 100-04, Transmittal 2817, CR 8471.

Corrección al manual sobre la notificación anticipada al beneficiario sobre no cobertura

Número de *MLN Matters*: MM8597

Número de petición de cambio relacionado: 8597

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: 15 de mayo de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2878CP

Fecha de implementación: 15 de mayo de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8597 remueve un texto incorrecto en el Medicare Claims Processing Manual emitido en la CR 8404 con fecha del 6 de septiembre de 2013. También clarifica las instrucciones del manual con respecto a la emisión de la agencia de salud en el hogar de la notificación anticipada al beneficiario (ABN) sobre no cobertura para los beneficiarios con doble elegibilidad.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8597.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8597, 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/R2878CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2878, CR 8597

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 dirijan 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.

Aplicaciones móviles para pagos abiertos libres de costo

El *sitio Web Open Payments (pagos abiertos)* provee instrucciones sobre dos aplicaciones móviles (apps) libres de costo para ayudar a los médicos y a los usuarios de la industria del cuidado de la salud a realizar el seguimiento de pagos y otras transferencias de valor que los fabricantes y organizaciones de compras grupales aplicables reportarán bajo pagos abiertos.



Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

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

Reportando las cantidades del principal y los intereses en la remesa de pago

Número de *MLN Matters*: MM8485
 Número de petición de cambio relacionado: 8485
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1342OTN
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

El proceso actual de reportar las cantidades del principal y los intereses como una suma total estaba creando problemas para la comunidad del proveedor ya que no era propicio para la contabilización adecuada de los pagos.

La petición de cambio implementa instrucciones sobre cómo reportar estas tasas de interés separadamente en la remesa de pago (RA). Los proveedores deben ver estos cambios en su RA el 7 de julio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8485.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8485, 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/R1342OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1342, CR 8485

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

Corrección a la edición para vacunas suministradas en un hospicio

Número de *MLN Matters*: MM8620
 Número de petición de cambio relacionado: 8620
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1339OTN
 Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2013, la petición de cambio (CR) 8098 implementó una edición para denegar las reclamaciones por vacunas suministradas a pacientes de hospicio que fueron proporcionadas por un proveedor distinto al proveedor de los servicios paliativos del paciente.

La CR 8620 revisa los cambios para permitir que cualquier proveedor suministre las vacunas a los beneficiarios de los servicios paliativos. Se ajustarán las reclamaciones que sean traídas a nuestra atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8620.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8620, 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/R1339OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1339, CR 8620

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.

Notificación sobre el nuevo centro de recuperación y coordinación de beneficios

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han reestructurado sus actividades de recuperación de la coordinación de beneficios (COB) y de Medicare como pagador secundario (MSP). Las actividades de COB para ambos planes de salud grupales y planes de salud no grupales (es decir, seguro de responsabilidad [incluyendo seguro propio], seguro de no culpabilidad, y leyes o planes de compensación de trabajadores), y las actividades de recuperación para planes de salud no grupales han sido transferidos del contratista de COB y el contratista de recuperación de MSP efectivo el 1 de febrero de 2014. El nuevo centro de recuperación y coordinación de beneficios (BCRC) asumirá estas actividades. Es importante tener en cuenta que no se cambiarán ninguno de los procesos de recuperación de COB y MSP (COB&R).

Los cambios que impactarán a los proveedores incluyen un nuevo número de teléfono de servicio al cliente consolidado y un nuevo apartado postal (P.O. Box) para correspondencia. Los representantes de servicio al cliente de BCRC están disponibles de lunes a viernes, de 8am a 8pm ET, excepto días feriados, en las líneas gratuitas: 1-855-798-2627 (TTY/TDD: 1-855-797-2627). El nuevo apartado postal es:

Medicare - MSP General Correspondence
P.O. Box 138897
Oklahoma City, OK 73113-8897

Para asegurarse de tener la información más actualizada sobre las actividades de COB&R, usted puede [inscribirse](#) para recibir actualizaciones. Más información está disponible en el [sitio Web de información general de COB&R](#). La información de COB&R específica a los servicios del proveedor puede ser encontrada en el sitio Web de los [servicios del proveedor](#).

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

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

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

Número de *MLN Matters*: SE1305 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

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

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1305

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

Actualizaciones editoriales y técnicas al ‘NCD Manual’

Número de *MLN Matters*: MM8506 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8506
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R159NCD
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2014

Resumen

Estos cambios son parte de una iniciativa para actualizar los manuales y alinearlos con instrucciones recientemente publicadas sobre el asunto indicado anteriormente. Se realizaron cambios solamente en el texto del “*Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual*”, Pub 100-03 para cumplir con lo siguiente:

- Conversión de ICD-9 a ICD-10
- Conversión de ASC X12 versión 4010 a versión 5010
- Conversión de tipos de contratistas anteriores a los MAC
- Otras actualizaciones misceláneas editoriales y de formato para una mayor claridad, exactitud, y consistencia

Nota: Las modificaciones hechas al NCD Manual son solamente editoriales/técnicas y no alteran de ninguna manera las políticas existentes de NCD.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8506.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8506, 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/R159NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 159, CR 8506

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

CMS elimina las búsquedas del proveedor de elegibilidad del archivo común de trabajo de Parte A

Número de *MLN Matters*: MM8456
 Número de petición de cambio relacionado: 8456
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de marzo de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1356OTN
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8456 le informa a los contratistas sobre los cambios en el archivo de la base de datos del beneficiario de Medicare (MBD) para incluir los códigos de diagnósticos en las transacciones 270/271 del sistema de elegibilidad del Health Insurance Portability and Accountability Act (HETS).

Actualmente la transacción de respuesta de HETS 271 solamente puede acomodar hasta ocho códigos de diagnósticos. La CR 8456 instruye al archivo común de trabajo (CWF) a enviar hasta 25 iteraciones de códigos de diagnósticos asociados con los registros de no culpabilidad, responsabilidad y compensación de trabajadores de Medicare como

pagador secundario (MSP) para su inclusión en la transacción de respuesta de HETS 271.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8456.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8456, 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/R1356OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1356, CR 8456

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.

Recursos de CMS

Aplicaciones móviles para pagos abiertos actualizadas

Número de *MLN Matters*: SE1402
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

Este artículo de edición especial describe actualizaciones a la publicación de julio de 2013 de dos aplicaciones móviles (apps) para pagos abiertos. Los cambios a las apps incluyen lo siguiente:

- La simplificación del menú en la pantalla de bienvenida
- La adición de la habilidad para exportar todos los datos asociados con un pago en formato de valores separados por coma (CSV)
- El desarrollo de una nueva función para ver reportes de pagos en gráficos de barras y gráficos circulares

Nota: La actualización también incluye instrucciones técnicas para crear o importar información de contacto utilizando lector de código de respuesta rápida (QR) y generando un código de QR.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1402.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1402

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

Tarifas fijas

CMS publica los archivos de fijación de precios de medicamentos de Parte B del precio promedio de venta trimestral de abril de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8607
Número de petición de cambio relacionado: 8607
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de enero de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2863CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron los archivos de fijación de precios de medicamentos de Medicare de Parte B de abril de 2014 y anunciaron las revisiones a cuatro archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B trimestrales publicados anteriormente.

Medicare usará el archivo de fijación de precios de Medicamentos de la Parte B de Medicare del precio promedio de venta (ASP) trimestral de abril de 2014 para determinar el pago límite para reclamaciones de medicamentos de Parte B de Medicare pagables por separado, procesadas o procesadas nuevamente después del 1 de abril de 2014, con fechas de servicio desde el 1 de abril de 2014 hasta el 30 de junio de 2014.

Una vez publicados, los archivos trimestrales de fijación de precios revisados determinarán los límites de pago para las reclamaciones que cubren fechas de servicio para aquellos periodos de tiempo respectivos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8607.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8607, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC

(Continúa en la página siguiente)

CMS... (continuación)

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/R2863CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2863, CR 8607

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



MLN Connects™ Provider e-News de CMS

El MLN Connects™ Provider e-News de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial de Medicare Learning Network® (MLN) que contiene el equivalente de una semana de noticias para los proveedores de tarifa fija de Medicare (FFS). CMS envía estos mensajes semanalmente a asociaciones de proveedores nacionales de la industria de salud, quienes entonces distribuyen las e-News a sus miembros según apropiado. Para mejorar la consistencia y para agilizar las operaciones en mensajería a la comunidad del proveedor de FFS, a través de todos los canales de información de Medicare, CMS está llevando a cabo un piloto que terminó el 30 de septiembre de 2012; sin embargo lo está extendiendo hasta nuevo aviso. Los siguientes son enlaces a las más recientes e-News:

- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 23 de enero de 2014 – <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-01-23-eneNews.pdf>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 30 de enero de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-01-30eNews.pdf>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 6 de febrero de 2014 – <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-02-06-eneNews.pdf>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 13 de febrero de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-02-13Enews.pdf>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 20 de febrero de 2014 – <http://go.usa.gov/Bfxh>

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Marzo de 2014

Admisiones de hospitalizaciones - nueva disposición de dos medias noches

Cuando: 12 de marzo de 2014

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

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 25 de marzo de 2014

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

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B

Cuando: 26 de marzo de 2014

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

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A/B

Cuando: 27 de marzo de 2014

Hora: 1:00 p.m.- 2:00 p.m. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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.

Hospicio

Nuevos requerimientos de reporte de datos para reclamaciones de hospicio

Número de *MLN Matters*: MM8358 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8358

Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero de 2014

Fecha de efectividad: reporte voluntario efectivo el 1 de enero de 2014, reporte mandatorio efectivo el 1 de abril de 2014.

Número de transmisión de CR relacionado: R2864CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) requerirán a los proveedores de hospicio reportar nueva información sobre los servicios provistos por el personal de hospicio en centros u hospitales de enfermería especializada para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2014.

Los hospicios pueden voluntariamente reportar esta información comenzando el 1 de enero de 2014. La información requerida incluye visitas por enfermeras de cuidados paliativos, ayudantes, trabajadores sociales, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, y patólogos del habla, como partidas individuales, con la visita y duración de la visita reportada como si fuera hecho para los niveles del cuidado en el hogar.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8358.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8358, 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/R2864CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2864, CR 8358

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

Hospital

Denegación de servicios de paciente hospitalizado relacionados con el diagnóstico terminal de hospicio

Número de *MLN Matters*: MM8273 anulado

Número de petición de cambio relacionado: 8273

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1312OTN

Fecha de implementación: 1 de abril de 2014

Resumen

Este artículo fue anulado el 20 de febrero ya que la petición de cambio 8273 relacionada fue anulada.

Información adicional

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

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.

Aplicación de los límites de terapia a los hospitales de cuidado crítico



Número de *MLN Matters*: MM8426
Número de petición de cambio relacionado: 8426
Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de enero de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2859CP
Fecha de implementación: 31 de enero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que los servicios de terapia para pacientes ambulatorios proporcionados por un hospital de cuidado crítico (CAH) ahora están sujetos al límite de terapia y las políticas relacionadas.

De acuerdo con CMS, la política entró en vigor el 1 de enero de 2014. El proceso de excepciones, incluyendo el uso del modificador KX para certificar la necesidad médica de los servicios de terapia por encima del límite, aplica a los servicios prestados por un CAH.

Además, la revisión médica manual de las reclamaciones que excedan el límite de \$3,700 aplica a estos servicios. Los contratistas administrativos de Medicare ya no aplicarán automáticamente el modificador KX a las reclamaciones por servicios de terapia prestados en un CAH.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8426.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8426, 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/R2859CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2859, CR 8426

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 manual en relación a la asignación de los contratistas administrativos de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8442
Número de petición de cambio relacionado: 8442
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de febrero de 2014
Fecha de efectividad: 7 de marzo de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2876CP
Fecha de implementación: 7 de marzo de 2014

Resumen

La petición de cambio 8442 remueve ciertas secciones del "Medicare Claims Processing Manual" porque contienen política basada en el entorno de legado durante el cual se les permitía a los proveedores de cadenas e individuales seleccionar el intermediario fiscal de su preferencia.

Un proveedor individual será asignado al contratista administrativo de Medicare (MAC) que cubre el estado en el cual el proveedor está localizado; y una cadena que cumple con los criterios pueden contactar a CMS y pedir que todos los proveedores intermedios, elegibles sean asignados al MAC que cubre el estado en el cual la oficina central de la cadena se encuentra localizada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8442.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8442, 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/R2876CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2876, CR 8442

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.

Implementando las políticas de pago de paciente interno de Parte B de CMS-1599-F

Número de *MLN Matters*: MM8445

Número de petición de cambio relacionado: 8445

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: para admisiones que ocurren en o después del 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2877CP

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron una política para proveer pago adicional bajo la Parte B de Medicare para los servicios de hospital de pacientes internos cuando una admisión de hospitalización es determinada como no razonable y necesaria para pago bajo la Parte A de Medicare, y el beneficiario debió haber sido tratado como un paciente ambulatorio del hospital.

La petición de cambio (CR) 8445 provee orientación de procesamiento de reclamación relacionada a la implementación de esta política para todos los hospitales y los hospitales de cuidado crítico (CAH). La CR 8445 contiene revisiones relacionadas al Medicare Claims Processing Manual; CMS emitirá las revisiones acompañantes al *Medicare Benefit Policy Manual* en una publicación separada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8445.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8445, 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/R2877CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2877, CR 8445

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.

Campos de IPPS y PSF nuevos y más amplios en preparación para iniciativas futuras

Número de *MLN Matters*: MM8546

Número de petición de cambio relacionado: 8546

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2870CP

Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

Con el fin de prepararse para el programa de reducción de condiciones adquiridas en el hospital (HAC) y el programa de incentivo de los registros de salud electrónicos, Medicare está ampliando y añadiendo nuevos campos al sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) y al archivo específico del proveedor (PSF) del hospital de pacientes internos.

Nota: La CR 8546 no está implementando la iniciativa del programa de reducción de HAC o el programa de incentivo de EHR; solamente está preparando los sistemas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para el futuro. Las instrucciones específicas que implementan estos programas, incluyendo las actualizaciones del manual serán

emitidas en el futuro en caso de que estas políticas sean finalizadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8546.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8546, 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/R2870CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2870, CR 8546

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.

Use el código de lapso de ocurrencia 72 para identificar el tiempo asociado del paciente ambulatorio con la regla de las ‘dos medias noches’

Número de *MLN Matters*: MM8586

Número de petición de cambio relacionado: 8586

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de enero de 2014

Fecha de efectividad: 1 de diciembre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R1334OTN

Fecha de implementación: 25 de febrero de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) modificaron recientemente las instrucciones de facturación para los hospitales que presentan reclamaciones cuando la estancia en el hospital de un beneficiario de Medicare pasa el estándar de las ‘dos medias noches’. Los hospitales deben comenzar a usar el código de lapso de ocurrencia 72 para reportar el tiempo total de la atención contigua de paciente ambulatorio antes de la admisión hospitalaria de paciente hospitalizado.



De acuerdo con CMS, el uso del código de ocurrencia 72 permite a los proveedores identificar voluntariamente las reclamaciones en las cuales fue cumplido el punto de referencia de las dos medias noches porque el beneficiario fue tratado como un paciente ambulatorio en el hospital antes de la orden y admisión formal de paciente hospitalizado.

La regla de las ‘dos medias noches’ permite a los hospitales contar el tiempo total en el hospital (incluyendo el tiempo del paciente ambulatorio que procede directamente en la admisión del paciente hospitalizado) al determinar si una orden de admisión como paciente hospitalizado debe ser escrita con base en la expectativa de que el beneficiario se quedará en el hospital durante dos o más medias noches recibiendo la atención médica necesaria.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8586.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8586, 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/R1334OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1334, CR 8586

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.

Revisiones de la investigación de las reclamaciones de hospital de paciente hospitalizado para el cumplimiento de las ‘dos medias noches’

Número de *MLN Matters*: SE1403

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron instrucciones a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) para llevar a cabo una revisión médica previa al pago centrada en las reclamaciones de hospital de pacientes hospitalizados con fechas de admisión desde el 1 de octubre de 2013, hasta el 31 de marzo de 2014.

De acuerdo con CMS, el propósito de la revisión es asegurar el entendimiento del proveedor de la ‘regla de las dos medias noches’, para identificar cuales proveedores de los hospitales podrían beneficiarse de los programas de educación relacionados con la regla, y para corregir los pagos indebidos.

(Continúa en la página siguiente)

Revisiones... (Continuación)

La 'regla de las dos medias noches', establece que, si un médico de admisión espera un procedimiento quirúrgico de un beneficiario, una prueba de diagnóstico u otro tratamiento, requerirá una estadía médicamente necesaria en el hospital que abarque dos o más medias noches, generalmente es apropiado para el médico ordenar y admitir formalmente al beneficiario como paciente hospitalizado.

Los MAC revisarán un prepagado, muestras de la investigación específica de las reclamaciones de hospital de Parte A para pacientes hospitalizados para conveniencia de la admisión del paciente hospitalizado bajo el punto de referencia revisado de las dos medias noches con fechas de admisión entre el 1 de octubre de 2013 y el 31 de marzo 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/SE1403.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1403

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.

PPS

Punto de origen para admisión o código de visita para los IPF

Número de *MLN Matters*: SE1401

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El sistema de pagos prospectivos (PPS) de Medicare permite un pago adicional para un centro psiquiátrico de paciente interno (IPF) o una unidad de parte distinta (DPU) por el primer día de la estadía de un beneficiario para responsabilizar por los costos del departamento de emergencia, si el IPF tiene un departamento de emergencia capacitado.

Los auditores de recuperación han identificado un número considerable de pagos en exceso para los servicios psiquiátricos de pacientes internos inmediatamente después de una estadía de cuidado intensivo dentro del mismo IPF. Estos errores y pagos en exceso se produjeron debido a que la fuente del código de admisión "D" no fue aplicada a esas reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1401.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1401

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

Suscripción a Medicare Parte A

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

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

Servicios de rehabilitación

Ediciones de consistencia del modificador de terapia

Número de *MLN Matters*: MM8556

Número de petición de cambio relacionado: 8556

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2014

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2868CP

Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

Las reclamaciones de una evaluación determinada “terapia siempre” y códigos de reevaluación deben reportar un modificador que indique la disciplina del plan de cuidado bajo el cual los servicios son proporcionados.

A través del análisis de datos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han identificado casos donde las reclamaciones para los códigos de evaluación de disciplina específica han reportado el modificador correspondiente a otra disciplina. Comenzando con las fechas de servicio del 1 de julio de 2014, la petición de cambio (CR) 8556 crea ediciones para asegurar que una evaluación determinada “terapia siempre” y códigos de reevaluación sean reportados con el modificador correcto. La CR 8556 no contiene una nueva política.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8556.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8556, 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/R2868CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2868, CR 8556

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.

SNF

Tres días previos a la hospitalización

Historial

Para poder calificar para servicios de cuidado prolongado posterior a la hospitalización, las personas con Medicare deben haber sido pacientes internos en un hospital para una estadía medicamente necesaria por al menos tres días consecutivos. En adición, el beneficiario debe haber sido transferido a un centro de enfermería especializada (SNF) participante dentro de 30 días después del alta hospitalaria.

Para determinar si el requerimiento de estadía de los tres días calendario consecutivos han sido cumplidos, el día de la admisión se cuenta como un día de hospitalización, no el día del alta. El tiempo en estatus de observación o en la sala de emergencia antes de una admisión de hospitalización no cuenta para los tres días calificativos para la estadía como paciente hospitalizado. Para propósitos del requerimiento calificativo de la estadía de hospital del beneficio de SNF, el estatus como paciente interno comienza con el día calendario de la admisión al hospital.

Determinación de cobertura

Para ser cubierto, los servicios de cuidado prolongado deben haber sido para el tratamiento de una condición para la cual el beneficiario estaba recibiendo servicios de hospital como paciente interno o una condición que surgió mientras estaba en el SNF para el tratamiento de una condición por la que el beneficiario fue hospitalizado anteriormente. En este contexto, la condición de hospital aplicable no tiene que ser el diagnóstico principal que en realmente precipitó la admisión del beneficiario al hospital, pero podría ser cualquiera de las condiciones presentes durante la estadía de hospital calificativa.

Pruebas integrales de tasas de error (CERT)

El reporte de CERT de la jurisdicción 9 (J9) del contratista administrativo de Medicare (MAC) revela que la documentación médica insuficiente representa hasta un 70 por ciento de todas las reclamaciones denegadas de SNF. El 30 por ciento restante es debido a errores de codificación.

(Continúa en la página siguiente)

Tres días ...*(Continuación)*

Ejemplo uno, un proveedor facturó un código de grupo de utilización de recursos (RUG) para una evaluación de cinco días del sistema de pagos prospectivos (PPS); sin embargo, había documentación insuficiente en los días de tratamiento de terapia de rehabilitación y la cantidad de tiempo (en minutos) para respaldar el código de RUG facturado.

Acciones del proveedor	Hallazgos de auditoría	Resultados
<p>Presentó el código de sistema de pagos prospectivos del seguro de salud (HIPPS) RUC10 a First Coast. [Rehabilitación ultra alta: requiere terapia de rehabilitación, 720 minutos/una semana; al menos cinco días de una disciplina de rehabilitación, con una segunda disciplina para al menos tres días y puntuación de actividades de la vida diaria (ADL) 11-16].</p> <p>Evaluación de depositario estatal reportó:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 205 minutos/cinco días de terapia del habla ▪ 234 minutos/cinco días de terapia ocupacional ▪ 287 minutos/cinco días de terapia física ▪ Documentación médica presentada ▪ Registros para validar la admisión al hospital calificativa ▪ Certificación médica y declaraciones de recertificación ▪ Órdenes de tratamiento ▪ Historia y examen físico ▪ Notas médicas ▪ Registros de enfermería ▪ Planes de cuidado de disciplinas de terapia certificadas, incluyendo evaluaciones iniciales ▪ Notas diarias ▪ Registros de tratamiento 	<p>En uno de los cinco días de tratamiento, el proveedor presentó notas de terapia indicando tratamiento para todas las disciplinas (física, ocupacional, o terapia del habla); sin embargo, solamente las notas de terapia ocupacional documentan el tiempo del tratamiento de sólo 10 minutos, lo cual es insuficiente para ser contado como un día de tratamiento.</p> <p>El registro médico indica un total de 642 minutos de rehabilitación. Específicamente, cuatro días (no cinco) de todas las disciplinas de terapia documentadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 173 minutos de terapia del habla ▪ 197 minutos de terapia ocupacional ▪ 272 minutos de terapia física 	<p>Los servicios fueron vueltos a calcular por el contratista de auditoría para el código RUG RMC. [Rehabilitación mediana: requiere terapia de rehabilitación, 150 minutos por un mínimo de una semana, cinco días de cualquier combinación de tres disciplinas de rehabilitación, para cinco unidades: ADL 11-16].</p>

El proveedor presentó una reclamación a First Coast con el código RUG RUC10 y los datos reportados al estado respaldaron los servicios facturados a First Coast. Sin embargo, la documentación médica presentada al contratista de auditoría indica que el proveedor falló en codificar suficientemente los minutos de terapia en uno de los cinco días del tratamiento, lo que resultó en un nuevo cálculo de los servicios de terapia para el periodo de evaluación de una categoría de rehabilitación ultra alta a una mediana.

Ejemplo dos, un proveedor facturó una reclamación a First Coast; sin embargo, el requerimiento técnico para calificar para cuidado de SNF posterior a la hospitalización no fue cumplido.

(Continúa en la página siguiente)

Tres días ...(Continuación)

Acciones del proveedor	Hallazgos de auditoría	Resultados
<p>Presentó una reclamación de SNF a First Coast con fechas de servicio 5/1 - 5/31.</p> <p>Conjunto de datos mínimo (MDS) ingresado en el depositario.</p> <p>Documentación presentada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Órdenes médicas ▪ Evaluación(es) de terapia ▪ Plan de cuidado ▪ Órdenes y registros de tratamiento para respaldar el nivel de facturación de servicios especializados ▪ Reclamación presentada con el código de lapso de ocurrencia 70 con fechas calificativas de 4/20 -4/23/2012 ▪ Documentación conflictiva del departamento de emergencia en relación a la admisión – las notas indican que el paciente fue admitido en 4/20/2012; sin embargo, al final del reporte, las notas indican que el paciente fue admitido para observación en 4/20/2012 	<p>Se encontró que las fechas de la estadía de hospital en realidad fueron 4/21 - 4/23/2012 (igual a una estadía de dos días).</p> <p>El paciente no tuvo una estadía de hospitalización calificativa médicamente necesaria de tres días.</p> <p>La revisión del archivo común de trabajo muestra las fechas de servicio de hospital 4/21 - 4/23/2012.</p> <p>No había documentación del curso de tratamiento del paciente.</p>	<p>La reclamación no cumple con el requerimiento técnico para calificar para cuidado posterior de SNF bajo el programa de Medicare.</p> <p>El tiempo en estatus de observación ambulatoria o en sala de emergencia antes de, o en lugar de la admisión hospitalaria, no cuenta para la estadía de hospitalización calificativa de tres días.</p> <p>Medicare debe pagar por el cuidado del centro de enfermería especializada si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente fue hospitalizado por al menos tres días y fue admitido a SNF dentro de 30 días del alta hospitalaria ▪ Un médico certifica que un paciente necesita cuidado de SNF ▪ El paciente requiere enfermería especializada o servicios especializados de rehabilitación, o ambos, diariamente. Los servicios de rehabilitación especializada y de enfermería especializada son aquellos que requieren las destrezas de personal técnico o profesional tal como enfermeras, terapistas físicos, y terapistas ocupacionales. Para poder ser considerado especializado, el servicio tiene que ser tan intrínsecamente complejo que pueda ser realizado de forma segura y efectiva solamente por, o bajo la supervisión de, personal profesional o técnico ▪ El centro de enfermería especializado es un centro certificado de Medicare

Se anima a los proveedores a revisar todas las reclamaciones para asegurar que la documentación médica presentada respalda completamente todos los servicios facturados. [Haga clic aquí](#) para acceder a una herramienta creada por First Coast para ayudar a las SNF cuando respondan a las solicitudes de documentación médica.

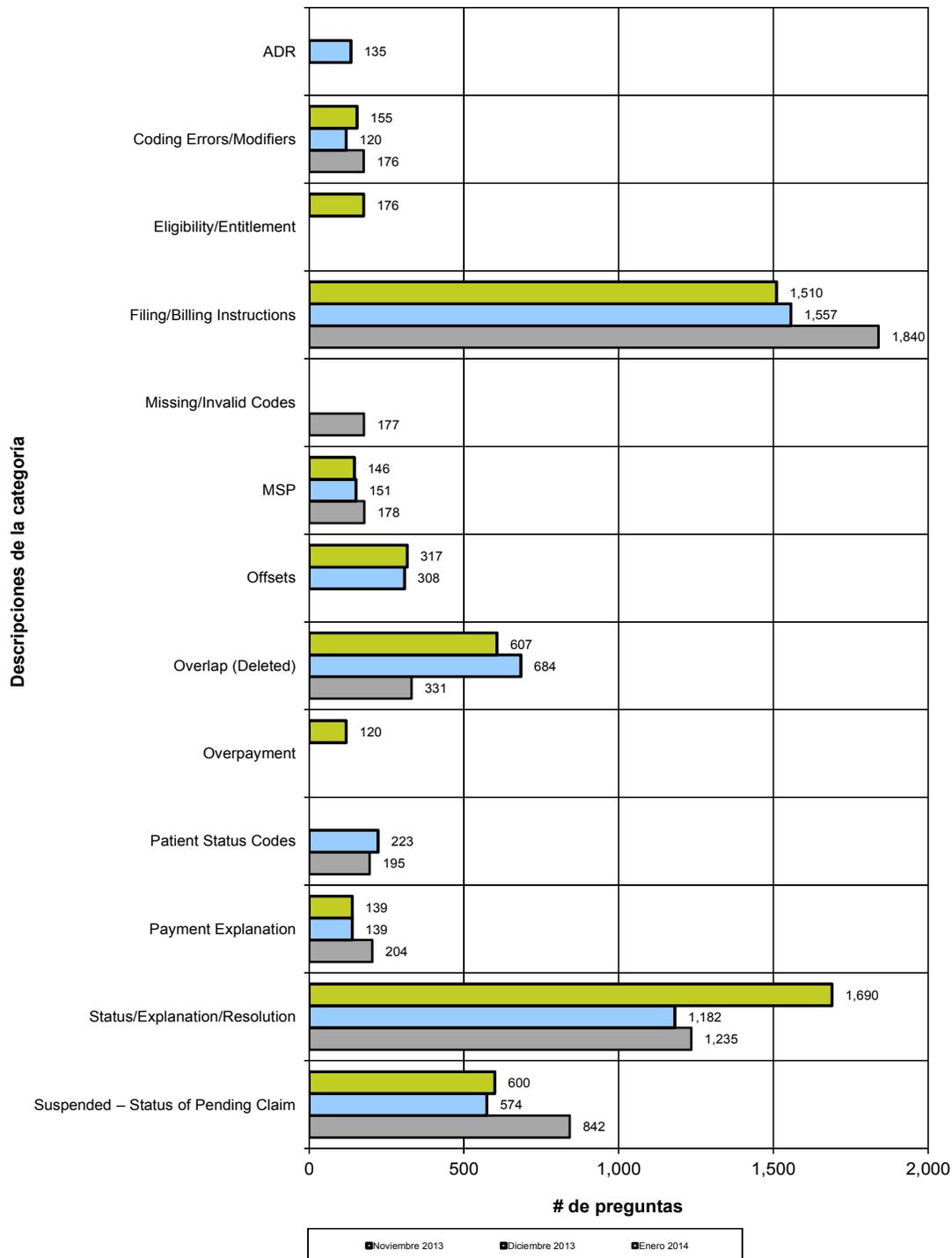
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en noviembre de 2013 - enero de 2014

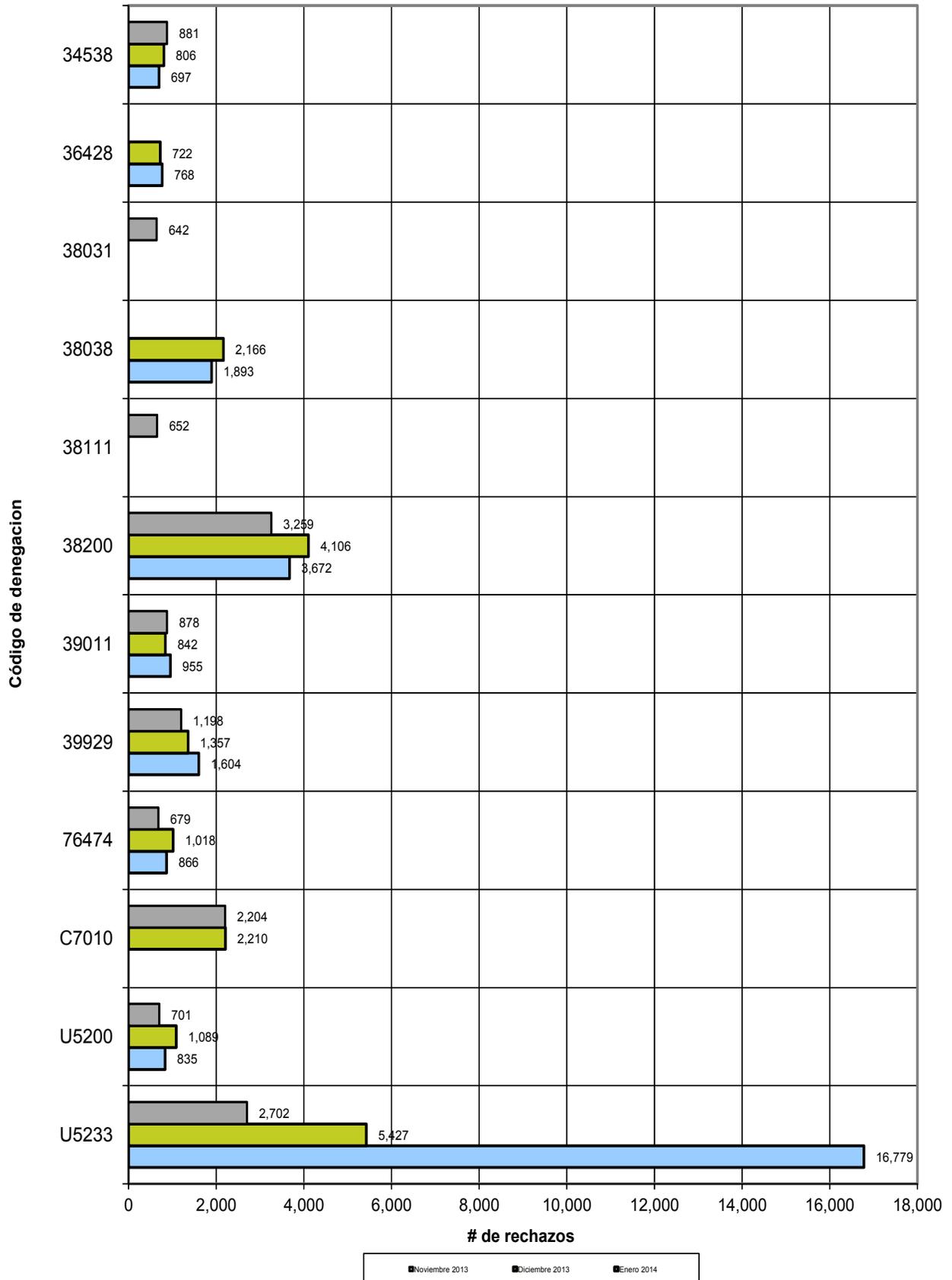
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de noviembre de 2013 a enero de 2014. 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/

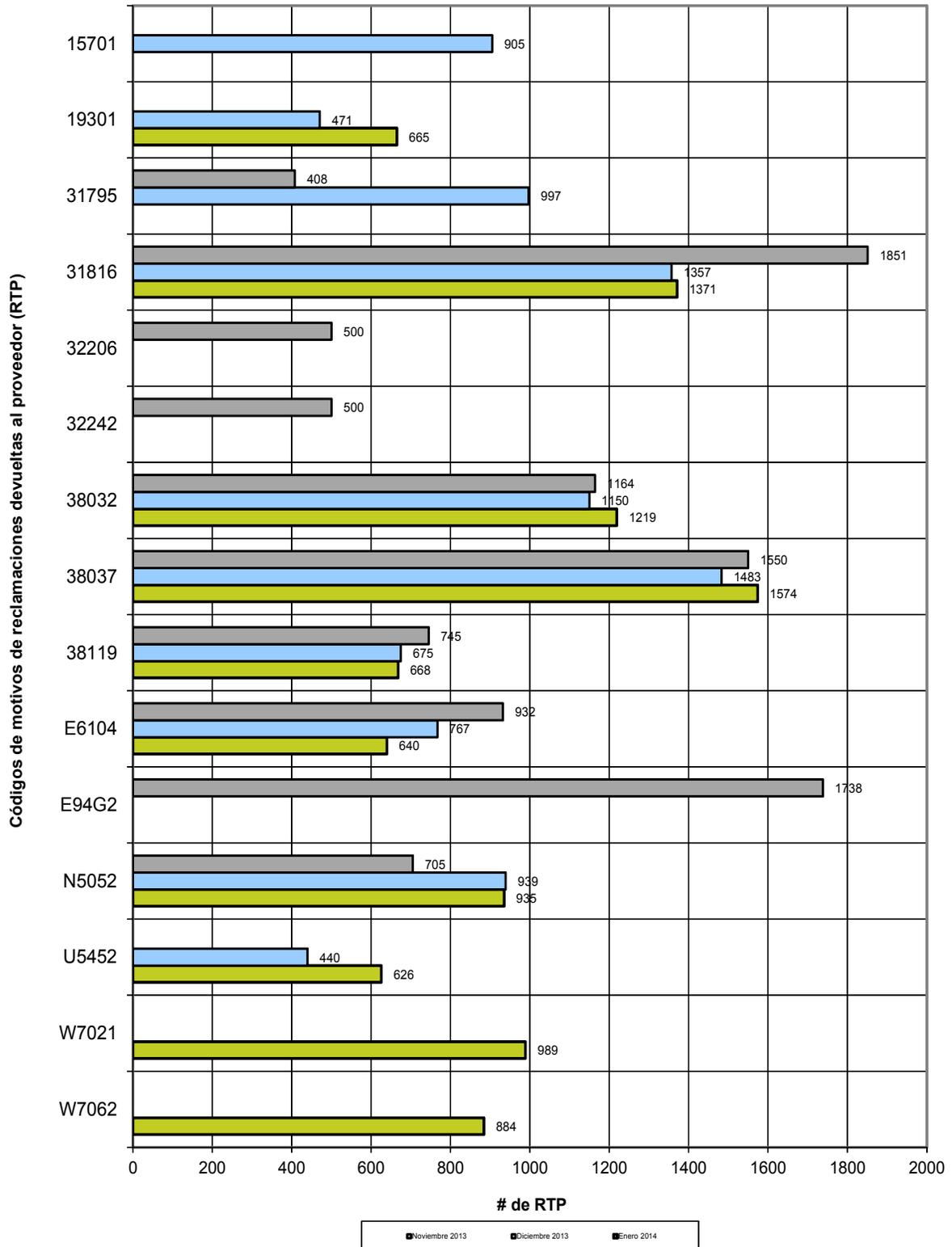
Preguntas de Parte A más frecuentes en noviembre de 2013 - enero de 2014



Rechazos más frecuentes de Parte A en noviembre de 2013 - enero de 2014



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en noviembre de 2013 - enero de 2014



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Noncovered services	28
Autonomic function tests	29
Botulinum toxins	29
Skin substitutes	30
Rituximab (Rituxan®)	30

LCD nuevas

Vertebroplasty, vertebral augmentation; percutaneous	31
Genetic testing for Lynch syndrome	31
Nerve conduction studies and electromyography.....	32

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: J3590/C9399/Q3026	32
---	----

Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan una denegación 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 denegados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

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

Revisiones a las LCD existentes

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue más recientemente revisada el 1 de enero de 2014. Desde entonces, la LCD ha sido revisada. Los siguientes códigos del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) Category III fueron evaluados y se determinó que no cumplieron el límite médicamente razonable para la cobertura. Por lo tanto, los códigos CPT® 0329T, 0330T, 0331T, 0332T, 0333T y 0334T Category III fueron agregados a los servicios no cubiertos de la LCD y publicados para un periodo de comentarios de 45 días que se extendió del 10 de octubre de 2013 hasta el 23 de noviembre de 2013. Los comentarios fueron recibidos en favor de la cobertura para el código CPT® 0334T Category III (*Sacroiliac joint stabilization for arthrodesis, percutaneous or minimally invasive (indirect visualization), includes obtaining and applying autograft or allograft (structural or morselized), when performed, includes image guidance when performed (e.g., CT or fluoroscopic). [Estabilización de la articulación sacroilíaca para artrodesis, [visualización indirecta] percutánea o mínimamente invasiva, incluye la obtención y aplicación de autoinjerto o aloinjerto [estructural o morselizado], cuando se realiza, incluye guía de imagen cuando se realiza [por ejemplo, TC o fluoroscopia]*).

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el límite para la cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el manual de integridad del programa. Cuando trata los artículos y la información relacionada en el dominio público, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) llegó a la determinación de que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, lo que consiste en una pequeña serie de casos, estudios retrospectivos y los artículos de revisión que reportan la seguridad limitada y los datos de eficacia de los procedimientos de fusión de la articulación sacroilíaca para el tratamiento de condiciones relacionadas con el dolor sacroilíaco. Debido a la falta de disponibilidad de evidencia de alta calidad, el MAC de J9 reitera que no hay pruebas científicas suficientes para soportar el uso de la fusión sacroilíaca en el tratamiento del dolor de espalda baja, debido al síndrome de la articulación sacroilíaca, y por lo tanto no se considera razonable y necesaria bajo la sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act. El MAC de J9 mantendrá el código CPT® 0334T Category III dentro de su LCD de servicios no cubiertos.

Cualquier reclamación denegada tendrá derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (Contratista Independiente Calificado) requiere una revisión por un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para la revisión toda la documentación médica relevante e información específica de casos de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una de las partes interesadas puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el plazo de notificación ha terminado y el borrador se convierte en activo. En el caso de la LCD de servicios no cubiertos, la parte interesada podrá solicitar la lista de artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de Política Médica en la toma de la decisión de no cobertura. Si la parte interesada tiene nueva información basada en la evaluación de la lista de los artículos y la información relacionada, se puede iniciar una reconsideración de LCD. Es responsabilidad de las partes interesadas solicitar la lista de probatorios por parte del contratista y presentar los artículos adicionales, los datos y la información relacionada que soporten su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

También, cualquier parte interesada podrá solicitar a CMS considerar el desarrollo de una determinación de cobertura nacional (NCD). Es de destacar que si la evidencia no es suficiente para la cobertura bajo la sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio puede ser considerado para cobertura bajo la política de cobertura con evidencia de desarrollo (CED) de CMS en la cual “razonable y necesario” es establecido bajo 1862(a)(1)(E) del acto. Bajo la autoridad de la sección 1862(a)(1)(E), el proceso de NCD puede resultar en la cobertura si el artículo o servicio se cubren solamente cuando se proporcionan dentro de un ambiente en el que hay un proceso especificado anteriormente para la recopilación de datos adicionales, y en el que el proceso proporciona protecciones adicionales y medidas de seguridad para los beneficiarios, tales como los presentes en ciertas pruebas clínicas.

Adicionalmente, los códigos CPT® 0254T y 0255T Category III fueron removidos de la sección “Procedures” de la LCD ya que estos sólo son permitidos si se realizan en una prueba clínica aprobada por este contratista. Para todas las reclamaciones presentadas con los códigos CPT® 0254T o 0255T Category III los modificadores Q0 o Q1 deberán ser facturados para indicar la participación en el estudio GORE.

(Continúa en la página siguiente)

Noncovered... (continuación)

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD para los códigos *CPT*[®] 0329T, 0330T, 0331T 0332T, 0333T y 0334T Category III es efectiva para los servicios prestados a **partir del 17 de marzo de 2014**. La revisión de la LCD para los códigos *CPT*[®] 0254T y 0255T Category III es efectiva para las reclamaciones procesadas a **partir del 30 de enero de 2014**, para los servicios prestados a **partir del 1 de diciembre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS de Medicare en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Autonomic function tests – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L31465 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El código 95943 del *Current Procedural Terminology*[®] (*CPT*[®]) era nuevo para el año calendario 2013 y en ese momento fue agregado a la determinación de cobertura local (LCD) para pruebas de función autonómica (AFT) como resultado de la actualización anual de 2013 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Se describe como una prueba de función autonómica, para medidas independientes cuantitativas, simultáneas, tanto de la función parasimpática y simpática. Este fue creado para informar cuando una prueba de la función autonómica no incluye la grabación de latido a latido, o cuando se prueba sin el uso de una mesa de inclinación. Se determinó que la validez clínica y la utilidad clínica de estas tecnologías no han sido establecidas y las calificaciones del personal que realiza las pruebas no están estandarizadas. Por lo tanto, el código *CPT*[®] 95943 se está empezando a remover de la sección de la LCD “*CPT*[®]/HCPCS codes”, y el lenguaje está siendo agregado a la sección de la LCD “Limitations” y el anexo de Coding Guidelines indica que no cumple con el límite médicamente razonable ni necesario para la cobertura.

Además, el código *CPT*[®] 95924 (AFT con pruebas de inclinación pasiva), también nuevo para el año calendario 2013, fue agregado de igual manera a la LCD AFT durante la actualización anual HCPCS de 2013; sin embargo, la LCD no trata específicamente este código. Por lo tanto, la LCD ha sido revisada para las indicaciones limitadas para esta prueba.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 24 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Botulinum toxins – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28788 (Florida)

Identificador de LCD: L28790 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para botulinum toxins fue más recientemente revisada el 15 de mayo de 2013. Desde entonces, se le hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de la etiqueta para Myobloc (rimabotulinumtoxinb) para el tratamiento de sialorrea. También, una revisión fue hecha bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, subtitulada “Procedure Code J0587-Injection, rimabotulinumtoxinb, 100 units” para añadir el código de diagnóstico de ICD-9-CM 527.7 (alteración de la secreción salival). Además, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD y el anexo “Coding Guidelines” fueron actualizados.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a **partir del 7 de marzo de 2014**, para servicios prestados a **partir del 1 de diciembre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Skin substitutes – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28985 (Florida)

Identificador de LCD: L29327 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para sustitutos de piel fue revisada por última vez el 1 de abril de 2013. En base a información de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) la petición de cambio (CR) 8572 (Actualización del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios [OPPS] de enero de 2014), la LCD y el archivo adjunto de las “pautas de codificación” fueron retirados. Efectivo el 1 de enero de 2014, CMS implementó una edición de OPPS que requiere que los hospitales reporten todos los productos sustitutos de piel de alto costo en combinación con uno de los procedimientos de aplicación de piel descritos por los códigos CPT® 15271-15278 y que reporten todos los productos sustitutos de piel de bajo costo en combinación con uno de los procedimientos de aplicación de piel descritos por los códigos HCPCS C5271-C5278. Todos los productos sustitutos de piel transferibles tienen que ser reportados en combinación con uno de los procedimientos de aplicación de piel descrito por los códigos CPT® 15271-15278. La LCD de sustitutos de piel de Parte B (L29279/L29393) para las oficinas/clínicas que están presentando las reclamaciones todavía está efectiva.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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

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

Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28980 (Florida)

Identificador de LCD: L29013 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) fue más recientemente revisada el 8 de junio de 2012. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de la etiqueta de enfermedad crónica de injerto contra huésped refractaria a los esteroides. También, una revisión fue hecha bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir el siguiente requerimiento de diagnóstico dual: 279.52 debe acompañar el código de diagnóstico de causa subyacente 996.85 o 996.88. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la

LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 20 de febrero de 2014**.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Notificación Anticipada al beneficiario

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

LCD Nuevas

Vertebroplasty, vertebral augmentation; percutaneous – Nueva LCD

Identificador de LCD: L34492 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El análisis de los datos por el grupo de comunicación de garantías del programa (program safeguards communication group, PSCG) ha identificado a través de un aumento en el reporte de facturación un incremento en la utilización del refuerzo vertebral percutáneo (también referido como cifoplastia) representado por los códigos *Current Procedural Terminology*® (CPT®) 22523, 22524, y 22525. Los datos médicos estadísticos del resumen del sistema de extracción de Medicare Parte B (BESS) obtenidos mostraron resultados por encima del promedio nacional para Florida. (Nota: Los datos para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban debajo del promedio nacional para todos los códigos aplicables).

Debido al riesgo del error de pago de reclamación de altos dólares, la LCD de determinación de cobertura local de Parte B para el refuerzo vertebral percutáneo (anteriormente cifoplastia) ha sido revisado para tratar las indicaciones limitadas para estos servicios. En adición, First Coast Service Options Inc. (First Coast) tomó esta oportunidad para combinar la LCD de vertebroplastia percutánea actual de Parte B con la LCD de refuerzo vertebral percutáneo para alinearse con otros contratistas administrativos de Medicare. Para consistencia esta LCD está ahora siendo implementada para los servicios que pueden ser facturados a la Parte A.

Esta nueva LCD para la Parte A maneja las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT®, ICD-9-CM códigos de diagnóstico, requerimientos de documentación, y pautas de utilización para vertebroplastia percutánea y el refuerzo vertebral percutáneo. Además, un anexo de “Coding Guidelines” de la LCD fue creado para proveer instrucciones sobre codificación y facturación para todos los códigos en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 31 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast están disponibles a través de las bases de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Genetic testing for Lynch syndrome – nueva LCD

Identificador de LCD: L34483 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a través del departamento de análisis y cobertura han facilitado un grupo de trabajo nacional de colaboración del director médico del contratista conocido como, “The local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye a los directores médicos de todos los contratistas administrativos (MAC) A/B de Medicare. Uno de los objetivos de todos los MAC es la colaboración con otros contratistas, y el consenso de las LCD es uno de los resultados de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos del contratista trabajaron con los médicos especialistas relevantes en el desarrollo de ciertos consensos de los borradores de LCD. Cuando un consenso del borrador de una LCD es adoptado por un contratista, no hay ningún cambio importante en el proceso de desarrollo de la LCD, lo que incluye un periodo de comentarios de 45 días, la finalización del borrador con base en los comentarios recibidos de los médicos que representan a su sociedad y/o cualquiera de las partes interesadas en la comunidad y un plazo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local.

Esta nueva LCD trata las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-9-CM y los requerimientos de documentación para las pruebas genéticas para el síndrome de Lynch.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 17 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Nerve conduction studies and electromyography – nueva LCD

Identificador de LCD: L34480 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a través del departamento de análisis y cobertura han facilitado un grupo de trabajo nacional de colaboración del director médico del contratista conocido como, “The local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye a los directores médicos de todos los contratistas administrativos (MAC) A/B de Medicare. Uno de los objetivos de todos los MAC es la colaboración con otros contratistas, y el consenso de las LCD es uno de los resultados de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos del contratista trabajaron con los médicos especialistas relevantes en el desarrollo de ciertos consensos de los borradores de LCD. Cuando un consenso del borrador de una LCD es adoptado por un contratista, no hay ningún cambio importante en el proceso de desarrollo de la LCD, lo que incluye un periodo de comentarios de 45 días, la finalización del borrador con base en los comentarios recibidos de los médicos que representan a su sociedad y/o cualquiera de las partes interesadas en la comunidad y un plazo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local. La actual LCD titulada estudios de conducción nerviosa y electromiografía será retirada cuando esta nueva LCD se haga efectiva.

Esta nueva LCD trata las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT®/HCPCS, códigos de diagnóstico, requerimientos de documentación, adiestramiento al proveedor y acreditación y la utilización de pautas para los estudios de conducción nerviosa y electromiografía.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 17 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: J3590/C9399/Q3026

La lista de medicamentos autoadministrados (SAD) fue recientemente revisada el 17 de junio de 2013. Desde entonces, con base en la actualización anual de 2014 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), el código HCPCS Q3026 de medicamentos autoadministrados (interferon beta-1a [Rebif®]) fue eliminado.

Efectivo para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**, los siguientes códigos HCPCS han sido agregados a la lista SAD de Parte A del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 para reemplazar el código HCPCS Q3026.

- J3590/C9399 Inyección, Interferon beta 1a, 11 mcg (Rebif®)

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo médico duradero (DMERC) DME, dispositivos ortóticos y 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

Evaluación y Manejo

Revisión previa al pago para los códigos *CPT*[®] de servicio de evaluación y manejo de hospital inicial y subsiguiente 99223 y 99233

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo un análisis de datos debido a las altas tasas de error de las pruebas integrales de tasas de error (CERT) para servicios de evaluación y manejo pertenecientes a los códigos Common Procedural Terminology[®] (*CPT*[®]) 99223 (visita inicial de hospital) y 99233 (visita de hospital subsiguiente). El reporte de pronóstico de CERT de noviembre de 2014 indica una tasa de error proyectada de 44 por ciento para el código *CPT*[®] 99223 y una tasa de error proyectada de 34.5 por ciento para el código *CPT* 99233. Los datos indican que la especialidad de medicina interna es la contribuyente principal para la tasa de error de CERT: las tasas de error de medicina interna actualmente muestran una tendencia al 32 por ciento para el código *CPT*[®] 99233 y 40 por ciento para el código *CPT*[®] 99223.

Requerimientos de documentación

El manual de *CPT*[®] de American Medical Association (AMA) define el código 99223 de la siguiente manera:

Cuidado hospitalario inicial, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, el cual requiere estos 3 componentes clave:

- *Un historial completo*
- *Un examen completo; y*
- *Una toma de decisión médica de alta complejidad*

Consejería y/o coordinación de cuidado con otros médicos, otros profesionales del cuidado de la salud calificados, o agencias son proporcionadas en consistencia con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o de la familia. Usualmente, el problema(s) que requiere una admisión es de alta gravedad. Típicamente, 70 minutos son consumidos junto a la cama y en la unidad de hospital del paciente.

El manual de *CPT*[®] de AMA define el código 99233 como sigue:

Cuidado hospitalario subsiguiente, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, el cual requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave:

- *Un historial de intervalo detallado*
- *Un examen detallado*
- *Una toma de decisión médica de alta complejidad*

Consejería y/o coordinación de cuidado con otros médicos, otros profesionales del cuidado de la salud calificados, o agencias son proporcionadas en consistencia con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o familia. Usualmente, el paciente es inestable o ha desarrollado un nuevo problema significativo. Típicamente, 35 minutos son consumidos junto a la cama y en la unidad de hospital del paciente.

First Coast y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrecen múltiples recursos abordando las pautas de documentación para los niveles de servicio de E/M en:

- La [página de servicios de evaluación y manejo \(E/M\)](#) de First Coast, ofreciendo enlaces a herramientas, FAQ, aprendizaje en línea, y recursos adicionales
- Las [pautas del manual electrónico de CMS \(IOM\)](#) abordando múltiples tipos y entornos pertenecientes a servicios de E/M

Acciones de First Coast

En respuesta a los altos porcentajes de las tasas de error y los riesgos continuos de los pagos indebidos asociados con las visitas de cuidado hospitalario facturadas por los especialistas de medicina interna, First Coast estará implementando una edición de revisión médica previa al pago para los códigos *CPT*[®] 99223 y 99233 facturados por la especialidad de medicina interna. La nueva edición estará basada en un porcentaje predeterminado de reclamaciones en un esfuerzo para reducir las tasas de error para estos servicios de hospital.

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

Códigos de cuidado de observación no pueden ser facturados para pacientes hospitalizados

Se deben utilizar los códigos apropiados de visita de hospital cuando se factura por servicios de hospitalización. Los contratistas administrativos de Medicare A/B tomarán medidas para preparar e implementar el no pagar líneas de la reclamación después de detectar los códigos de cuidado de observación facturados para un beneficiario quien está actualmente recibiendo servicios de cuidado hospitalario. Las ediciones serán implementadas en o alrededor del 20 de enero de 2014, solamente en el Multi-Carrier System (MCS).

Facturación

Lista DMEPOS de 2014 de la jurisdicción

Número de *MLN Matters*: MM8565

Número de petición de cambio relacionado: 8565

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de enero de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2861CP

Fecha de implementación: 25 de febrero de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8565 notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene la lista actualizada de códigos para el equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) para el contratista administrativo de Medicare del equipo médico duradero (DME MAC), el contratista de la Parte B de Medicare o las jurisdicciones de MAC A/B, es actualizada anualmente para reflejar los códigos que se han agregado o descontinuado (eliminado) cada año. La hoja de cálculo es útil para el personal de facturación al mostrarle lo apropiado al contratista de Medicare para la facturación de los códigos que aparecen en la hoja de cálculo.

La lista eventualmente estará disponible bajo la categoría "Coding" en <http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html>. Mientras tanto, la lista completa está anexada a la *CR 8565*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8565.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8565, 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/R2861CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2861, CR 8565

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.

Encuentre rápido sus favoritos utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.

Información General

Código de especialidad no médica para facturadores de procedimiento de pago indirecto

Número de *MLN Matters*: MM8282
Número de petición de cambio relacionado: 8282
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de junio de 2013
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R2721CP y R221FM
Fecha de implementación: 7 de octubre de 2013

Resumen

La petición de cambio 8282 anuncia que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecieron un nuevo código de especialidad no médica de C2 (procedimiento de pago indirecto), efectivo el 1 de octubre de 2013.

Los facturadores del procedimiento de pago indirecto (IPP) deben designar por sí mismos su especialidad de Medicare en el formulario de solicitud CMS-855 apropiado cuando se inscriban en el programa de Medicare. La petición de cambio 8282 anuncia un nuevo código de especialidad no médica de C2 (procedimiento de pago indirecto), efectivo el 1 de octubre de 2013.

Haga clic [aquí](#) para acceder a la lista completa de los códigos de especialidad disponibles.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8282.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8282, 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/R2721CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R221FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2721, CR 8282 y CMS Pub. 100-06, Transmittal 221, CR 8282

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.



Último año para obtener el pago de incentivo PQRS

Este es el último año para que los profesionales elegibles (EP) puedan obtener un pago de incentivo por reportar de manera satisfactoria datos de calidad en el sistema de reporte de calidad médica (PQRS) a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), y la participación de este año en PQRS también determinará el ajuste de pago de PQRS de 2016. Si usted presenta satisfactoriamente las medidas de calidad PQRS a CMS mediante el uso de una de las opciones de reporte aprobadas por los servicios prestados durante el periodo de reporte de 2014, usted calificará para obtener un incentivo de pago. Si usted califica, recibirá un incentivo de pago equivalente al 0.5 por ciento de su total estimado de los cargos permitidos en las tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud Medicare (PFS) de Parte B para los servicios profesionales cubiertos, prestados durante ese mismo periodo de reporte, y también asegurará evitar el ajuste de pago de 2016. *Los pasos para participar y obtener un incentivo:*

Paso 1: Determine si usted es *elegible* para participar.

Paso 2: Determine cuál método de reporte PQRS se ajusta mejor a su práctica.

Un individuo EP puede elegir de los siguientes métodos para presentar los datos a CMS:

- Reclamaciones de Medicare de Parte B
- [Registro calificado de PQRS](#)
- Producto calificado de registro de salud electrónico (EHR)

(Continúa en la página siguiente)

Último... (Continuación)

- Vendedor calificado para la presentación de datos PQRS
- [Registro de datos clínicos calificados \(QCDR\)](#)

Una práctica de grupo puede elegir de los siguientes métodos para presentar datos a CMS:

- [Registro calificado de PQRS](#)
- Interfaz Web GPRO (para grupos de 25+ solamente)
- Producto EHR calificado
- Vendedor calificado para la presentación de datos PQRS
- CG CAHPS CMS-vendedor certificado de encuesta (para grupos de 25+ solamente)

Paso 3: Determine cuáles [medidas](#) reportar, y revise los criterios específicos para la opción de reporte elegido con el fin de reportar de manera satisfactoria. Descargue la [guía de implementación PQRS en archivo comprimido](#) para recursos útiles.

Paso 4: Reporte sus medidas de calidad. El número de medidas que tendrá que reportar varía según el método del reporte. Asegúrese de prestar atención a los requerimientos de la estrategia nacional de dominios de calidad.

Información adicional

Para más información o soporte sobre el programa PQRS de 2014, por favor visite el sitio Web del [programa de incentivo de PQRS o asistencia técnica](#).

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

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

Inscripción de entidades que usan el procedimiento de pago indirecto

Número de *MLN Matters*: SE1406
 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 proceso por el cual los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid aceptan y procesan reclamaciones presentadas por entidades (es decir, empleador, sindicato, empresa de seguros, hogar de retiro, plan de prepago de atención médica, organización para el mantenimiento de la salud, plan médico competitivo o plan Medicare Advantage) que proporcionan una cobertura complementaria a la Parte B de Medicare se llama procedimiento de pago indirecto (IPP). **Nota:** Una entidad IPP no es un proveedor o suplidor de Medicare, no es elegible para un identificador nacional del proveedor y no puede inscribirse en el programa de Medicare.

La [petición de cambio 8266](#) implementó el plazo necesario dentro del sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare para manejar las reclamaciones IPP. Este artículo de edición especial describe el proceso de inscripción IPP para las entidades que se pueden inscribir para pagos indirectos de reclamaciones presentadas a los contratistas de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1406.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1406

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.

Presentación de reclamaciones de Parte B bajo el IPP

Número de *MLN Matters*: MM8266

Número de petición de cambio relacionado: 8266

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de enero de 2014

Fecha de efectividad: para reclamaciones procesadas en o a partir del 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2860CP

Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Resumen

El proceso por el cual los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid aceptan y procesan las reclamaciones presentadas por las entidades que proporcionan cobertura complementaria de la Parte B de Medicare se llama procedimiento de pago indirecto (IPP). La petición de cambio 8266 establece un proceso para que las entidades IPP presenten reclamaciones en papel para gastos calificados de la Parte B, incluyendo los servicios médicos, servicios de los proveedores y equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS).

Esta CR sólo implementa la infraestructura necesaria en el sistema de procesamiento de reclamaciones para manejar las reclamaciones IPP; **las entidades IPP no podrán comenzar a presentar reclamaciones hasta que sean registradas y aprobadas** para presentar reclamaciones IPP. **Nota:** La implementación del proceso de inscripción para entidades IPP será manejado en una CR independiente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8266.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8266, 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/R2860CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2860, CR 8266

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 de proveedores

Reasignaciones interjurisdiccionales

Número de *MLN Matters*: MM8545

Número de petición de cambio relacionado: 8545

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de enero de 2014

Fecha de efectividad: 25 de febrero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R503PI

Fecha de implementación: 25 de febrero de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8545 aborda situaciones en las cuales un médico o profesional de la salud reasigna sus beneficios de Medicare a una entidad localizada en una jurisdicción fuera de la suya. La CR describe los principios que aplican a este proceso, los cuales incluyen los requerimientos de licencia e inscripción.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8545.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8545, 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/R503PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 503, CR 8545

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

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA

Número de *MLN Matters*: MM8567

Número de petición de cambio relacionado: 8567

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de enero de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2857CP

Fecha de implementación: 7 de abril de 2014



Resumen

Las regulaciones de CLIA requieren que un centro sea certificado apropiadamente para cada prueba realizada. Para asegurar que Medicare y Medicaid solamente paguen por las pruebas de laboratorio en un centro con una certificación válida, actual del Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA), las reclamaciones de laboratorio están siendo editadas actualmente en el nivel de certificado de CLIA.

Los códigos que se consideran una prueba de laboratorio bajo CLIA cambian cada año; los proveedores necesitan saber acerca de los nuevos códigos que son sujetos a y excluidos de las ediciones de la CLIA.

La petición de cambio 8567 informa a los contratistas de Medicare sobre 16 nuevos códigos para el 2014 que están sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA. Nota: El nuevo código 88343 (immunohistochemistry or immunocytochemistry [inmunohistoquímica o inmunocitoquímica]) no es pagable por Medicare en el 2014 y por lo tanto no fue incluido en esta CR.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8567.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8567, 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/R2857CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2857, CR 8567

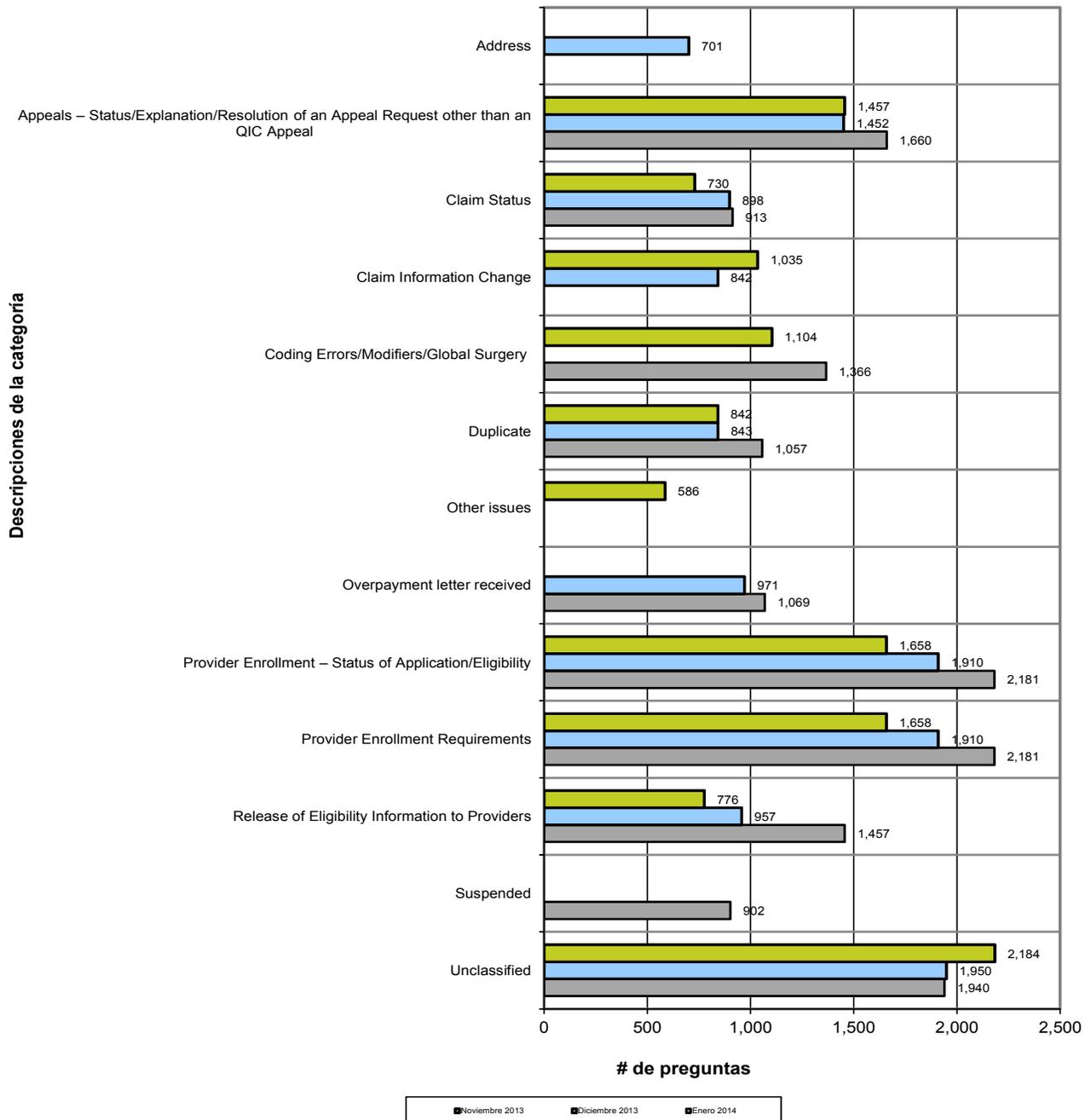
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en noviembre de 2013 - enero de 2014

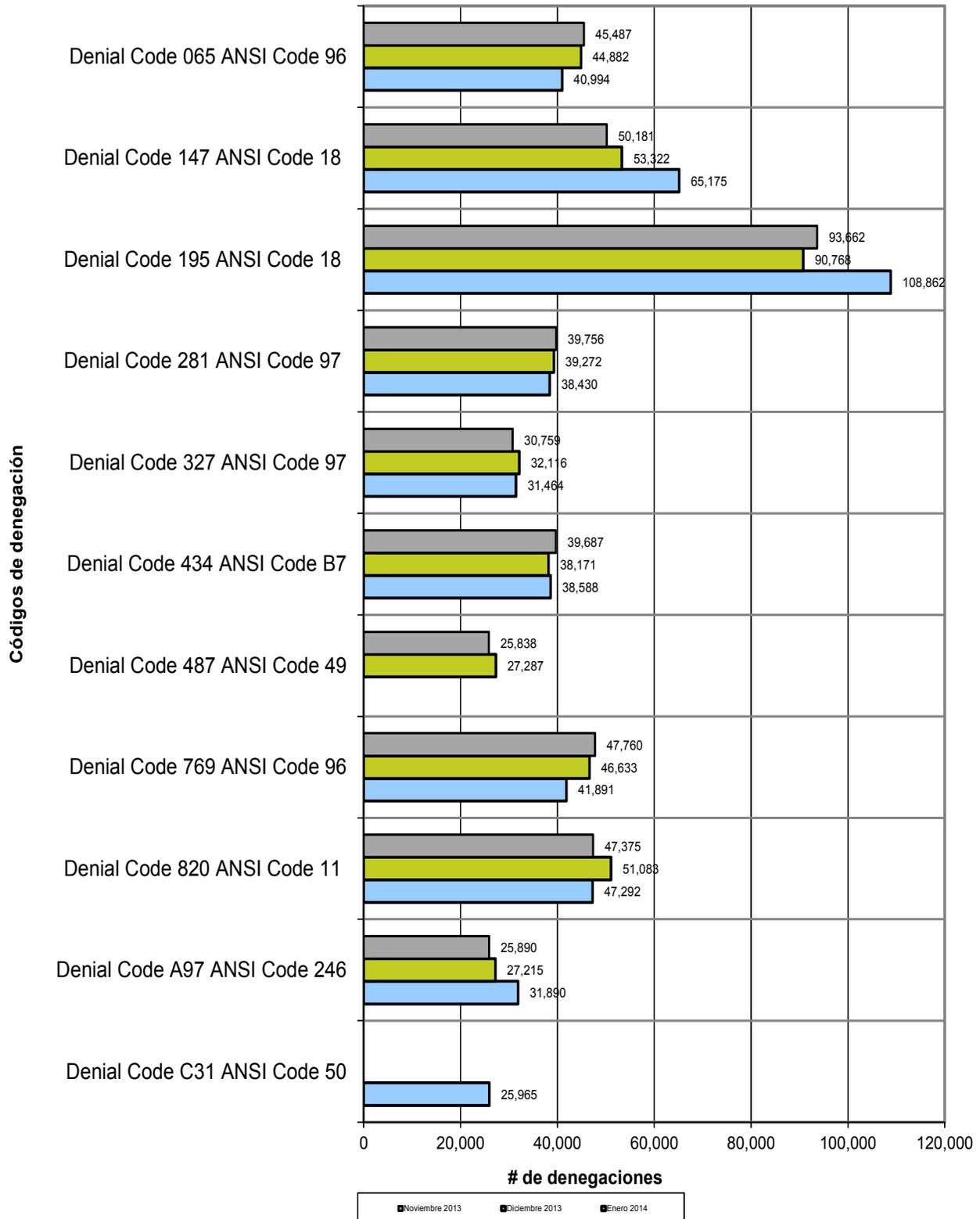
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de noviembre de 2013 a enero de 2014. 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/

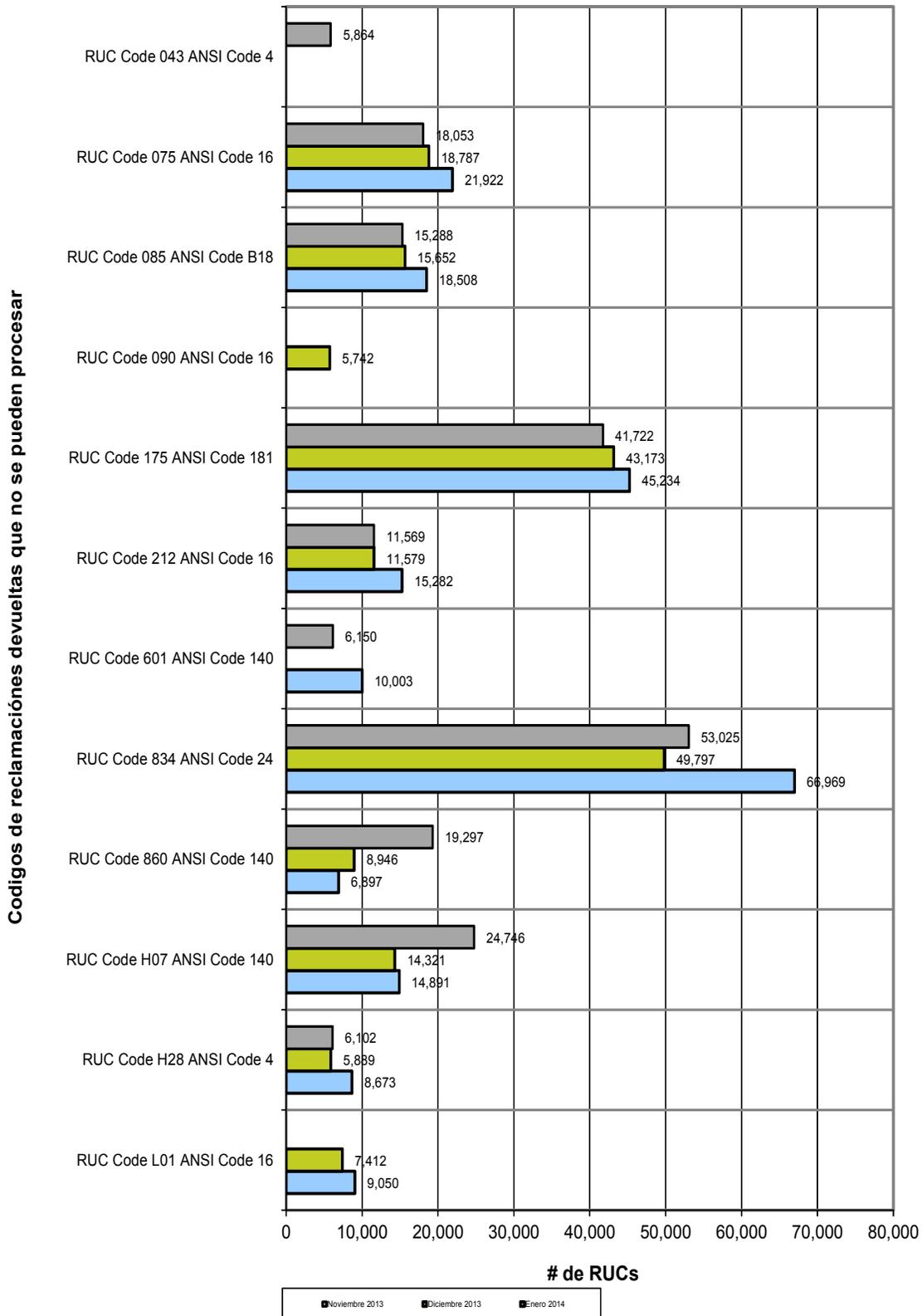
Preguntas de Parte B más frecuentes en noviembre de 2013 - enero de 2014



Denegaciones de Parte B más frecuentes en noviembre de 2013 - enero de 2014



RUC de Parte B más frecuentes en noviembre de 2013 - enero de 2014



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

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

Más información

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Noncovered services	45
Computerized corneal topography	46
Autonomic function tests	46
Botulinum toxins	47
Peripheral nerve blocks	47
Rituximab (Rituxan®)	47
Vertebroplasty, vertebral augmentation; percutaneous	48

LCD nuevas

Genetic testing for Lynch syndrome	48
Nerve conduction studies and electromyography	49

LCD Retiradas

Percutaneous vertebroplasty	49
-----------------------------------	----

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: J3590/C9399/Q3026	50
---	----

Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan una denegación 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 denegados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

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

Revisiones a las LCD existentes

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue más recientemente revisada el 1 de enero de 2014. Desde entonces, la LCD ha sido revisada. Los siguientes códigos del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) Category III fueron evaluados y se determinó que no cumplieron el límite médicamente razonable para la cobertura. Por lo tanto, los códigos CPT® 0329T, 0330T, 0331T, 0332T, 0333T y 0334T Category III fueron agregados a los servicios no cubiertos de la LCD y publicados para un periodo de comentarios de 45 días que se extendió del 10 de octubre de 2013 hasta el 23 de noviembre de 2013. Los comentarios fueron recibidos en favor de la cobertura para el código CPT® 0334T Category III (*Sacroiliac joint stabilization for arthrodesis, percutaneous or minimally invasive (indirect visualization), includes obtaining and applying autograft or allograft (structural or morselized), when performed, includes image guidance when performed (e.g., CT or fluoroscopic). [Estabilización de la articulación sacroilíaca para artrodesis, [visualización indirecta] percutánea o mínimamente invasiva, incluye la obtención y aplicación de autoinjerto o aloinjerto [estructural o morselizado], cuando se realiza, incluye guía de imagen cuando se realiza [por ejemplo, TC o fluoroscopia]*).

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el límite para la cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el manual de integridad del programa. Cuando trata los artículos y la información relacionada en el dominio público, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción 9 (J9) llegó a la determinación de que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, lo que consiste en una pequeña serie de casos, estudios retrospectivos y los artículos de revisión que reportan la seguridad limitada y los datos de eficacia de los procedimientos de fusión de la articulación sacroilíaca para el tratamiento de condiciones relacionadas con el dolor sacroilíaco. Debido a la falta de disponibilidad de evidencia de alta calidad, el MAC de J9 reitera que no hay pruebas científicas suficientes para soportar el uso de la fusión sacroilíaca en el tratamiento del dolor de espalda baja, debido al síndrome de la articulación sacroilíaca, y por lo tanto no se considera razonable y necesaria bajo la sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act. El MAC de J9 mantendrá el código CPT® 0334T Category III dentro de su LCD de servicios no cubiertos.

Cualquier reclamación denegada tendrá derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (Contratista Independiente Calificado) requiere una revisión por un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para la revisión toda la documentación médica relevante e información específica de casos de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una de las partes interesadas puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el plazo de notificación ha terminado y el borrador se convierte en activo. En el caso de la LCD de servicios no cubiertos, la parte interesada podrá solicitar la lista de artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de Política Médica en la toma de la decisión de no cobertura. Si la parte interesada tiene nueva información basada en la evaluación de la lista de los artículos y la información relacionada, se puede iniciar una reconsideración de LCD. Es responsabilidad de las partes interesadas solicitar la lista de probatorios por parte del contratista y presentar los artículos adicionales, los datos y la información relacionada que soporten su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

También, cualquier parte interesada podrá solicitar a CMS considerar el desarrollo de una determinación de cobertura nacional (NCD). Es de destacar que si la evidencia no es suficiente para la cobertura bajo la sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio puede ser considerado para cobertura bajo la política de cobertura con evidencia de desarrollo (CED) de CMS en la cual "razonable y necesario" es establecido bajo 1862(a)(1)(E) del acto. Bajo la autoridad de la sección 1862(a)(1)(E), el proceso de NCD puede resultar en la cobertura si el artículo o servicio se cubren solamente cuando se proporcionan dentro de un ambiente en el que hay un proceso especificado anteriormente para la recopilación de datos adicionales, y en el que el proceso proporciona protecciones adicionales y medidas de seguridad para los beneficiarios, tales como los presentes en ciertas pruebas clínicas.

Adicionalmente, los códigos CPT® 0254T y 0255T Category III fueron removidos de la sección "Procedures" de la LCD ya que estos sólo son permitidos si se realizan en una prueba clínica aprobada por este contratista. Para todas las reclamaciones presentadas con los códigos CPT® 0254T o 0255T Category III los modificadores Q0 o Q1 deberán ser facturados para indicar la participación en el estudio GORE.

Fecha de vigencia

(Continúa en la página siguiente)

Noncovered... (continuación)

La revisión de esta LCD para los códigos *CPT*® 0329T, 0330T, 0331T 0332T, 0333T y 0334T Category III es efectiva para los servicios prestados a **partir del 17 de marzo de 2014**. La revisión de la LCD para los códigos *CPT*® 0254T y 0255T Category III es efectiva para las reclamaciones procesadas a **partir del 30 de enero de 2014**, para los servicios prestados a **partir del 1 de diciembre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS de Medicare en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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

Computerized corneal topography – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29122 (Florida)

Identificador de LCD: L29140 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) de topografía corneal computarizada fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, la LCD ha sido revisada para remover el asterisco (*) del código de diagnóstico 367.22 (Irregular astigmatism [astigmatismo irregular]) bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” eliminando los requerimientos de diagnóstico dual y haciendo congruente la codificación de ICD-9-CM con el texto de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 13 de febrero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Autonomic function tests – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: 31461 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El código 95943 del *Current Procedural Terminology*® (*CPT*®) era nuevo para el año calendario 2013 y en ese momento fue agregado a la determinación de cobertura local (LCD) para pruebas de función autonómica (AFT) como resultado de la actualización anual de 2013 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Se describe como una prueba de función autonómica, para medidas independientes cuantitativas, simultáneas, tanto de la función parasimpática y simpática. Este fue creado para informar cuando una prueba de la función autonómica no incluye la grabación de latido a latido, o cuando se prueba sin el uso de una mesa de inclinación. Se determinó que la validez clínica y la utilidad clínica de estas tecnologías no han sido establecidas y las calificaciones del personal que realiza las pruebas no están estandarizadas. Por lo tanto, el código *CPT*® 95943 se está empezando a remover de la sección de la LCD “*CPT*®/HCPCS codes”, y el lenguaje está siendo agregado a la sección de la LCD “Limitations” y el anexo de Coding Guidelines indica que no cumple con el límite médicamente razonable ni necesario para la cobertura.

Además, el código *CPT*® 95924 (AFT con pruebas de inclinación pasiva), también nuevo para el año calendario 2013, fue agregado de igual manera a la LCD AFT durante la actualización anual HCPCS de 2013; sin embargo, la LCD no trata específicamente este código. Por lo tanto, la LCD ha sido revisada para las indicaciones limitadas para esta prueba.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 24 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Botulinum toxins – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29088 (Florida)

Identificador de LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para botulinum toxins fue más recientemente revisada el 10 de mayo de 2013. Desde entonces, se le hizo una revisión bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para añadir la indicación fuera de la etiqueta para Myobloc (rimabotulinumtoxinb) para el tratamiento de sialorrea. También, una revisión fue hecha bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, subtitulada “Procedure Code J0587-Injection, rimabotulinumtoxinb, 100 units” para añadir el código de diagnóstico de ICD-9-CM 527.7 (alteración de la secreción salival).

Además, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD y el anexo “Coding Guidelines” fueron actualizados.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Peripheral nerve blocks – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29258 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para bloqueos nerviosos periféricos fue revisada más recientemente el 1 de enero de 2013. Desde entonces, se hicieron revisiones importantes a lo largo de toda la LCD. La sección de la LCD ‘Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity’ ha sido revisada para clarificar las indicaciones versus las limitaciones de cobertura. En adición, fueron revisadas las secciones de la LCD ‘CPT®/ HCPCS Codes’, ‘ICD-9 Codes that Support Medical Necessity’, ‘Documentation Requirements’, ‘Utilization Guidelines’ y ‘Sources of Information and Basis for Decision’.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 17 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29271 (Florida)

Identificador de LCD: L29472 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) fue revisada más recientemente el 8 de junio de 2012. Desde entonces, fue hecha una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para agregar la indicación fuera de la etiqueta de esteroides para la enfermedad crónica de injerto contra huésped. También, fue hecha una revisión bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” para agregar el siguiente requerimiento de diagnóstico dual: El código de diagnóstico 279.52 de ICD-9-CM debe acompañar la causa subyacente del código de diagnóstico ICD-9-CM 996.85 o 996.88. En adición, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de febrero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Vertebroplasty, vertebral augmentation; percutaneous – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29209 (Florida)

Identificador de LCD: L29454 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El análisis de los datos por el grupo de comunicación de garantías del programa (program safeguards communication group, PSCG) ha identificado, a través de un aumento en el reporte de facturación, un incremento en la utilización del refuerzo vertebral percutáneo (también conocido como cifoplastia) representado por los códigos *Current Procedural Terminology*® (CPT®) 22523, 22524, y 22525. Los datos médicos estadísticos del resumen del sistema de extracción de Medicare Parte B (BESS) obtenidos mostraron resultados por encima del promedio nacional para Florida. (Nota: Los datos para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban debajo del promedio nacional para todos los códigos aplicables).

Debido al riesgo del error de pago de reclamación de altos dólares, la determinación de cobertura local (LCD) para el refuerzo vertebral percutáneo (anteriormente cifoplastia) ha sido revisada para tratar las indicaciones limitadas para estos servicios. En adición, First Coast Service Options Inc. (First Coast) tomó esta oportunidad para combinar la LCD de vertebroplastia percutánea actual con la LCD de refuerzo vertebral percutáneo para alinearse con otros contratistas administrativos de Medicare. En adición, el título de la LCD fue cambiado a “vertebroplasty, vertebral augmentation; percutaneous” para representar ambos tipos de procedimientos y sus códigos CPT® correspondientes.

Esta LCD ha sido revisada para delinear las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT®, los códigos de diagnóstico de ICD-9-CM, los requerimientos de documentación, y las pautas de utilización para vertebroplastia percutánea y el refuerzo vertebral percutáneo. Además, un documento adjunto de “pautas de codificación” de la LCD fue creado para proveer instrucciones sobre codificación y facturación para todos los códigos en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 31 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

LCD Nuevas

Genetic testing for Lynch syndrome – nueva LCD

Identificador de LCD: L34483 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a través del departamento de análisis y cobertura han facilitado un grupo de trabajo nacional de colaboración del director médico del contratista conocido como, “The local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye a los directores médicos de todos los contratistas administrativos (MAC) A/B de Medicare. Uno de los objetivos de todos los MAC es la colaboración con otros contratistas, y el consenso de las LCD es uno de los resultados de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos del contratista trabajaron con los médicos especialistas relevantes en el desarrollo de ciertos consensos de los borradores de LCD. Cuando un consenso del borrador de una LCD es adoptado por un contratista, no hay ningún cambio importante en el proceso de desarrollo de la LCD, lo que incluye un periodo de comentarios de 45 días, la finalización del borrador con base en los comentarios recibidos de los médicos que representan a su sociedad y/o cualquiera de las partes interesadas en la comunidad y un plazo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local.

Esta nueva LCD trata las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-9-CM y los requerimientos de documentación para las pruebas genéticas para el síndrome de Lynch.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 17 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

(Continúa en la página siguiente)

Genetic... (continuación)

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

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

Nerve conduction studies and electromyography – nueva LCD

Identificador de LCD: L34480 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a través del departamento de análisis y cobertura han facilitado un grupo de trabajo nacional de colaboración del director médico del contratista conocido como, “The local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye a los directores médicos de todos los contratistas administrativos (MAC) A/B de Medicare. Uno de los objetivos de todos los MAC es la colaboración con otros contratistas, y el consenso de las LCD es uno de los resultados de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos del contratista trabajaron con los médicos especialistas relevantes en el desarrollo de ciertos consensos de los borradores de LCD. Cuando un consenso del borrador de una LCD es adoptado por un contratista, no hay ningún cambio importante en el proceso de desarrollo de la LCD, lo que incluye un periodo de comentarios de 45 días, la finalización del borrador con base en los comentarios recibidos de los médicos que representan a su sociedad y/o cualquiera de las partes interesadas en la comunidad y un plazo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local. La actual LCD titulada estudios de conducción nerviosa y electromiografía será retirada cuando esta nueva LCD se haga efectiva.

Esta nueva LCD trata las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT®/HCPCS, códigos de diagnóstico, requerimientos de documentación, adiestramiento al proveedor y acreditación y la utilización de pautas para los estudios de conducción nerviosa y electromiografía.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 17 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

LCD Retiradas

Percutaneous vertebroplasty – LCD retirada

Identificador de LCD: L29257 (Florida)**Identificador de LCD: L29380 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para vertebroplastia percutánea fue más recientemente revisada el 1 de enero de 2012. Desde entonces, la LCD de vertebroplastia percutánea ha sido combinada con la LCD de refuerzo vertebral percutáneo (anteriormente cifoplastia) para alinearlas con otros contratistas administrativos de Medicare (MAC). El título de la LCD ha sido cambiado para representar ambos tipos de procedimientos y sus códigos correspondientes de *Current Procedural Terminology (CPT®)*. Por lo tanto, la LCD para vertebroplastia percutánea está siendo retirada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 31 de marzo de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información Médica Adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte B: J3590/C9399/Q3026

La lista de medicamentos autoadministrados (SAD) fue recientemente revisada el 17 de junio de 2013. Desde entonces, con base en la actualización anual de 2014 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), el código HCPCS Q3026 de medicamentos autoadministrados (interferon beta-1a [Rebif®]) fue eliminado.

Efectivo para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**, los siguientes códigos HCPCS han sido agregados a la lista SAD de Parte B del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 para reemplazar el código HCPCS Q3026.

- J3590/C9399 Inyección, Interferon beta 1a, 11 mcg (Rebif®)

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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 []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

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

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

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito

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

Proveedores participantes

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

Reclamaciones de quiropráctico

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

Reclamaciones de ambulancia

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

Medicare como pagador secundario

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

Reclamaciones ESRD

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

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones

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

Solicitud de audiencias justas

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

Freedom of Information Act

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

Audiencias juez de derecho administrativo

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

Estatus/preguntas generales

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

Sobrepagos

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

Reclamaciones de (DME), prósticos u ortóticos

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

Reclamaciones electrónicas

(EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

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

Desarrollo adicional

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

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

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

Misceláneo

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

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

Cambio de dirección del proveedor

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos

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

Limitación de asuntos de cargos

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

Verificación de reembolso:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

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

Fraude y abuso

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

Jacksonville, FL 32232-5087

Números telefónicos

Proveedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
1-866-454-9007

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

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:

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

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

Registro eventos educacionales (línea no gratiuta):

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prósticas

Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

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

Beneficiarios

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

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

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

Correo electrónico:
AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente Beneficiarios

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

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

Registro de eventos educativos

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 -soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

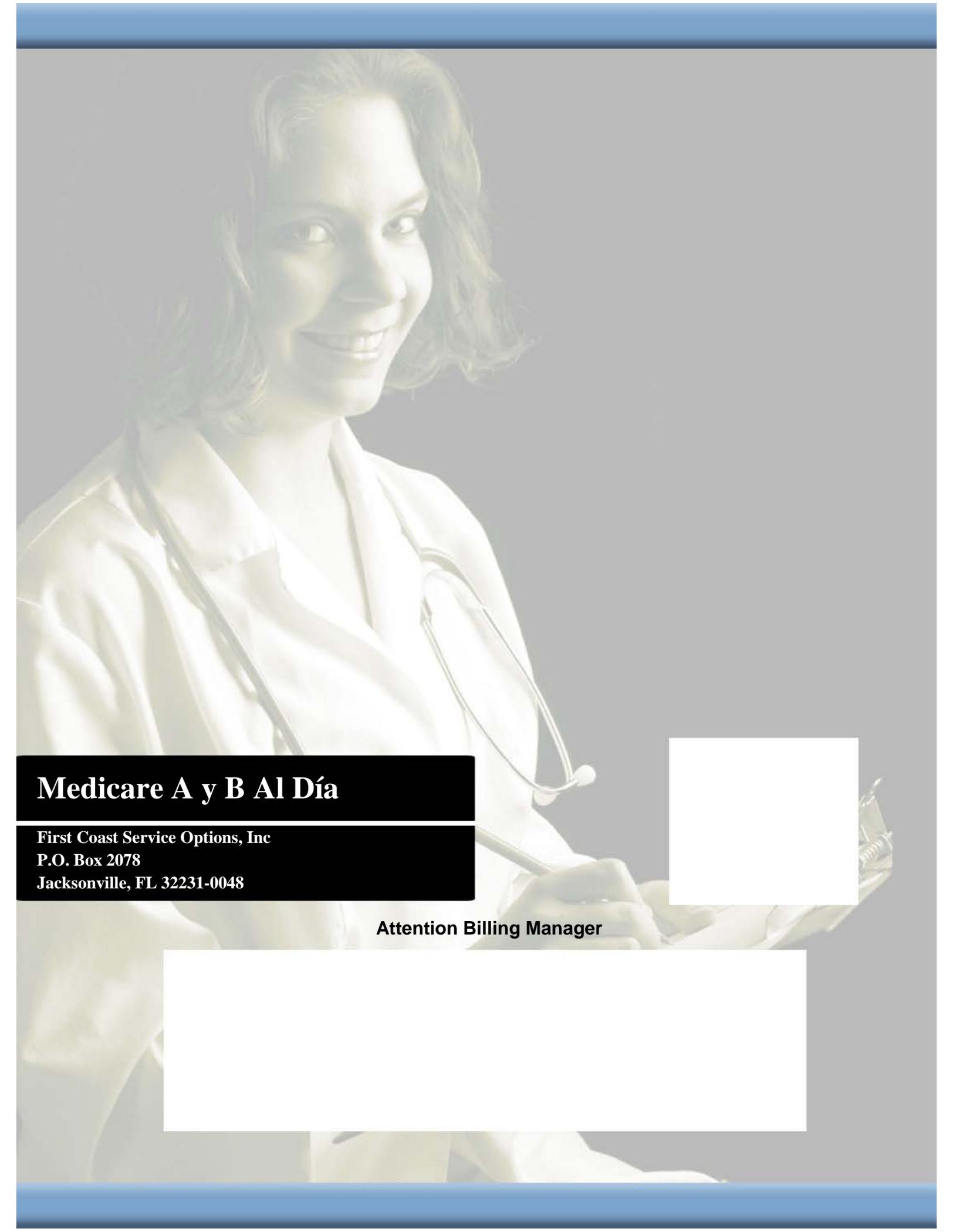
Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager