

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Marzo 2014



En esta edición

Cambios en la cobertura de los estudios FDG PET ...	3
Nuevos estándares de EFT	4
Actualización de tarifas fijas de DMEPOS 2014.....	12
Denegación de servicios de hospitalización.....	21
Nueva revisión de auditoría para códigos CPT®	31
Medicare solamente aceptará el formulario de reclamación revisado CMS-1500 (02/12).....	35

El presidente Obama firma el Protecting Access to Medicare Act de 2014



El 1 de abril de 2014, el presidente Obama firmó la ley del Protecting Access to Medicare Act de 2014. Esta nueva ley previene que entre en vigor una reducción de pago programada para los médicos y otros profesionales de la salud que tratan a los pacientes de Medicare, el 1 de abril de 2014. Esta nueva ley mantiene la actualización de 0.5 por ciento para este tipo de servicios que se aplicó a partir del 1 de enero de 2014 al 31 de marzo de 2014 para el período

del 1 de abril de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014. También proporciona una actualización de cero por ciento para el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) de 2015, hasta el 31 de marzo de 2015.

La nueva ley extiende varias provisiones de la ley que expiró. Hemos incluido la información y el procesamiento de la facturación y las reclamaciones de Medicare asociadas con la nueva legislación. Por favor, tenga en cuenta que estas provisiones no reflejan todas las disposiciones de Medicare en la nueva ley, y más información acerca de otras provisiones se enviará próximamente.

Sección 101 – Actualización del pago médico – Como se indicó anteriormente, la nueva ley provee una actualización del 0.5 por ciento para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014, hasta el 31 de diciembre de 2014. También proporciona una actualización de cero por ciento al MPFS de 2015, hasta el 31 de marzo de 2015. CMS actualmente está revisando el MPFS de 2014 para reflejar los requisitos de la nueva ley, así como las correcciones técnicas identificadas desde la publicación de la regla final en noviembre. Para su información, el factor de conversión de 2014 es \$35.8228.

Sección 102 – Extensión del trabajo mínimo GPCI – El mínimo de 1.0 existente en el índice del costo de la práctica geográfica del trabajo médico se extiende hasta el 31 de marzo de 2015. Al igual que la actualización del pago del médico, esta extensión se reflejará en el MPFS

Ver **EL PRESIDENTE**, Página 15



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cambios que afectan la cobertura de Medicare de los estudios de FDG PET	3
Sustitutos de piel - clarificación sobre cobertura	3
CMS anuncia la implementación de nuevos estándares de EFT	4
Actualización de abril de los códigos de taxonomía	5
Hallazgo de CERT de pagos indebidos para servicios de siquiatria y sicoterapia	5
Implementación de los estándares de HIPAA y las reglas operacionales para las EFT	6
Escenario del grupo de trabajo: documentación de servicios de terapia y rehabilitación	6
MLN Connects™ Provider e-News de CMS	8
La capacitación de ICD-10 no será proporcionada por los MAC	9
Pruebas de ICD-10 con proveedores a través de los módulos de edición de EDI	10
Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare	11
Servicios de terapia facturados por la especialidad 25 - Puerto Rico solamente	11
Actualización de 2014 para la tarifa fija de DMEPOS	12
Actualización trimestral de abril de 2014 para la tarifa fija de DMEPOS	13
Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas de 2014	13
Actualización de las tarifas fijas de laboratorio clínico	14

Próximos eventos educacionales	16
---	----

Parte A

Aprepitant para la emesis inducida por la quimioterapia	17
Actualización de abril de 2014 de I/OCE	18
Actualización de 2014 para el pago y facturación de la prueba de laboratorio	19
Actualizados los archivos de la base de datos de internos y residentes	19
Directrices de los códigos del estatus de alta del paciente y políticas de transferencia	20
Clarificación de los códigos del estatus de alta del paciente y políticas de transferencia	20
Denegación de servicios de paciente hospitalizado	21
Instrucciones especiales para la codificación en episodios de salud en el hogar	21
Resultados de la investigación generalizada para los MS-DRG de Medicare	22
Actualización de abril de 2014 de OPPS	23

Gráficos

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

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte A	27
--------------------------------------	----

Contactos Parte A de Puerto Rico	29
---	----

Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos	30
--	----

Parte B

Nueva revisión de auditoría para los códigos CPT® 99348-99350	31
Servicios de E/M facturados con los códigos CPT® 95115-95199	32
Pago a entidades que proveen cobertura complementaria a Medicare Parte B	33
Formulario de reclamación en papel revisado CMS-1500 (versión 02/12)	34
Medicare solamente aceptará el formulario de reclamación revisado CMS-1500 (02/12)	35
Procedimientos bilaterales y modificadores por MUE	37
Actualización de abril de 2014 del sistema de pago de ASC	37
Actualización de julio de 2014 de NCCI, versión 20.2	38

Gráficos

Preguntas más frecuentes	39
Denegaciones más frecuentes	40
Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables	41

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido LCD Parte B	42
--------------------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B	44
--	----

Contactos Parte B de Puerto Rico	45
---	----

Contactos Parte B de Florida	46
---	----

Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos	47
---	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 3
Marzo de 2014

Publications
staff

Kathleen Cruz
Sofía Lennie
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

Third-party websites:

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

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

Cobertura

Cambios que afectan la cobertura de Medicare de los estudios de tomografías por emisión de positrones fluorodeoxiglucosa (FDG PET)

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 11 de junio de 2013

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cubren tres estudios FDG PET cuando se utilizan para guiar el manejo posterior de la estrategia del tratamiento contra el tumor después de la finalización de la terapia inicial contra el cáncer para el mismo diagnóstico de cáncer
- Cada DX de cáncer (diferente) permite un estudio PET inicial de la estrategia del tratamiento (facturado con el modificador PI) y tres estudios PET posteriores de la estrategia de tratamiento (facturados con el modificador PS)
- Los requerimientos de cobertura con evidencia de desarrollo (CED) han finalizado; por lo tanto el modificador Q0/Q1, código de condición 30 (reclamaciones institucionales), y el código de diagnóstico V70.7 (reclamaciones institucionales y profesionales de la salud), ya no se requieren

Para garantizar el procesamiento correcto de las reclamaciones, por favor coordine con sus entidades de facturación para discontinuar el uso de los

modificadores Q0/Q1.

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 7 de julio de 2014

- First Coast denegará reclamaciones posteriores a la estrategia de tratamiento para estudios oncológicos FDG PET cuando no está presente en la historia la estrategia de tratamiento inicial en la reclamación, cuando sea apropiado
- La cobertura de los estudios FDG PET adicionales usada para guiar el manejo posterior de la estrategia de tratamiento contra el tumor, luego de la finalización de la terapia inicial contra el cáncer para el mismo diagnóstico, será permitida cuando se facture con el modificador KX
- El uso del modificador KX indica que se cumplen los requisitos especificados en la política médica

Para prevenir la denegación innecesaria de las reclamaciones se sugiere de manera vehemente que las reclamaciones contengan el código del estudio PET del *Current Procedural Terminology (CPT)* y el código de seguimiento A9552 de HCPCS en el mismo formulario de la reclamación.

Sustitutos de piel – clarificación sobre cobertura

Efectivo el 1 de enero de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron una edición del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de la petición de cambio (CR 8572) 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 15271-15278 del *Current Procedural Terminology® (CPT®)*, y para reportar 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 que pasan como sustitutos de piel deben ser reportados en combinación con uno de los procedimientos de aplicación de piel descritos por los códigos *CPT®* 15271-15278.

Con base en este cambio en la metodología de pago de OPPS, la aplicación diferente de estos productos en el ambiente hospitalario, y los controles adicionales en el ambiente hospitalario, el contratista administrativo de Medicare (MAC) J9 retiró la determinación de cobertura local (LCD) de Parte A

para los sustitutos de piel. Actualmente, el MAC J9 no se ha pronunciado sobre la cobertura de servicios de los sustitutos de piel en el ambiente hospitalario, ya que no hay una LCD o determinación de cobertura nacional (NCD) en el momento. Si se audita una reclamación, cualquier servicio/procedimiento que utiliza estos productos en un episodio de atención, tendría que cumplir con el límite de cobertura razonable y necesario (R&N) de Medicare, tal como se ha documentado en la historia clínica del paciente, asumiendo que todos los demás requisitos del programa de Medicare son cumplidos.

La LCD de la Parte B permanece en vigor y tiene una cobertura limitada para los siguientes cuatro productos - Apligraf® , Dermagraft® , Integra Dermal Regeneration Template® y Oasis® Wound Matrix y Oasis® Ultra Tri-Layer Matrix, con el criterio R&N como está descrito en la sección de indicaciones y limitaciones de la LCD. Para revisar los productos que queden sin cobertura, debido a que no se ha establecido la necesidad médica para estos productos, por favor consulte la LCD de Parte B-sustitutos de piel, L29279 (Florida) y L29393 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos).

Intercambio electrónico de datos

CMS anuncia la implementación de nuevos estándares de EFT para los pagos del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8629
 Número de petición de cambio relacionado: 8629
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de febrero de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1349OTN
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron la implementación de julio de 2014 de un nuevo estándar para las transferencias electrónicas de pagos de los pagadores del cuidado de la salud a los proveedores.

De acuerdo con CMS, la información de pago que recibe un proveedor sobre un pago de transferencia electrónica de fondos (EFT) del cuidado de la salud puede cambiar el 1 de julio de 2014, en contenido o longitud para acomodar códigos adicionales los cuales asociarán un pago de EFT a la remesa de pago del proveedor. CMS anima a los proveedores a contactar sus instituciones financieras para asegurar que sus sistemas de contabilidad acomodarán la información extendida de pago de EFT.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8629.pdf>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8629, 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/R1349OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1349, CR 8629

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.

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Actualización de abril de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8611
Número de petición de cambio relacionado: 8611
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de febrero de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R888CP
Fecha de implementación: 7 de julio de 2014 (contratistas con la capacidad de hacerlo implementarán el 1 de abril de 2014)

Resumen

El conjunto de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC) es mantenido por el comité nacional de reclamaciones uniformes (NUCC) para la clasificación estandarizada de los proveedores del cuidado de la salud. El NUCC actualiza el conjunto de códigos dos veces al año con los cambios efectivos a partir del 1 de abril y el 1 de octubre.

La petición de cambio 8611 implementa el conjunto de códigos que entra en vigor el 1 de abril de 2014.

Cuando se revisa el conjunto de HPTC en línea, las revisiones hechas desde la última versión pueden ser identificados por el código de color: los nuevos ítems

son de color verde, los ítems modificados son de color naranja y los ítems inactivos son de color rojo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8611.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8611, 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/R2888CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2888, CR 8611

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.

Evaluación y Manejo

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

Número de *MLN Matters*: SE1407
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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron nuevamente el artículo de edición especial de *MLN Matters*® 1407 el 18 de marzo de 2014.

Resumen

La revisión del programa de pruebas integrales de tasa de error (CERT) de las reclamaciones de la Parte B de servicios de psiquiatría y de psicoterapia identificaron muchos pagos indebidos, en su mayoría debido a las actualizaciones de los códigos de facturación iniciadas en enero de 2013.

De acuerdo con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), los cambios mayores de los códigos del *Current Procedural Terminology (CPT)*® de la American Medical Association (AMA) contribuyeron a importantes pagos indebidos en servicios de

evaluación y manejo prestados a los beneficiarios de Medicare.

La mayoría de los errores citados en la revisión CERT involucró la falla al documentar el tiempo dedicado en el servicio por separado de evaluación y manejo (E/M) desde el tiempo empleado en el servicio de psicoterapia agregado.

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 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.

Información General

Implementación de los estándares de HIPAA y las reglas operacionales para las EFT

Número de *MLN Matters*: MM8619
 Número de petición de cambio relacionado: 8619
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de febrero de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1351OTN
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

La petición de cambio 8619 implementa un número de rastreo que les permite a los proveedores volver a asociar el pago del cuidado de la salud de transferencias electrónicas de fondos (EFT) con su remesa de pago electrónica asociada.

Tenga en cuenta que su información de pago recibida o que es transmitida desde su institución financiera con respecto al pago de EFT puede cambiar en base a estos requerimientos.

Nota: Le animamos a verificar los cambios de formato a través de su entidad financiera.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8619.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8619, 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/Transmittals/Downloads/R1351OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1351, CR 8619

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.

Escenario del grupo de trabajo: documentación de los servicios de terapia y rehabilitación

El grupo de trabajo de asuntos de asistencia y educación CERT de MAC A/B; una asociación de todos los contratistas administrativos de Medicare A/B, ha creado esta guía para educar a los proveedores sobre los errores de documentación comunes para los servicios de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios. Estos errores generalizados contribuyen a la tasa de error nacional de pagos de Medicare, según lo medido por el programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT).

La causa principal de errores en los pagos por servicios de terapia es la documentación "insuficiente" en los registros médicos. En la documentación frecuentemente están ausentes los elementos necesarios, como se describen en las determinaciones de cobertura local aplicables, y en el [manual electrónico de CMS Pub. 100-02 Medicare Benefit Policy Manual, capítulo 15, secciones 220 y 230](#). Los proveedores en la jurisdicción 9 (J9) pueden ubicar las LCD aplicables para su localidad, y línea de negocios, en la herramienta de [Búsqueda de LCD](#) de First Coast Service Options. Los números de identificación de las



LCD de J9 son:

- Florida: Parte A L28992, Parte B L29289
- Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos: Parte A L29024, Parte B L29339

Por ejemplo, un proveedor indica en el registro médico: "plan de atención: nos gustaría ver al paciente tres veces por semana para iniciar los ejercicios y modalidades para disminuir el dolor y aumentar el rango de movimiento, estiramiento, fortalecimiento y función." A este plan le faltan elementos clave para apoyar la necesidad médica del servicio, tales como objetivos medibles a largo plazo, el diagnóstico del paciente, el tipo de propuesta, la duración y la frecuencia de los servicios requeridos para alcanzar cada objetivo o plan de

alta anticipado.

Los problemas generalizados adicionales que resultan en errores de documentación "insuficientes" incluyen:

- Firma ilegible o ausente en el plan de atención;
- Firma ilegible o ausente para la certificación del

Ver **ESCENARIO**, En La Próxima Página

ESCENARIO

De La Página Anterior

médico, y

- Firma legible ausente y minutos del tratamiento requeridos en la narrativa o en el diagrama de flujo

El grupo de trabajo de asuntos de asistencia y educación CERT de MAC A/B recomienda que los proveedores revisen cuidadosamente los siguientes requisitos y consejos de documentación para asegurar que los registros médicos estén completos y precisos.

Contenidos del plan de atención

El plan de atención deberá contener, como mínimo, la siguiente información requerida por la regulación ([42CFR§424.24](#) y [410.61](#) y MBPM, [capítulo 15, sección 220.1.2\[B\]](#)):

- Diagnóstico
- Los objetivos del tratamiento a largo plazo – deberán ser desarrollados para todo el episodio de atención y no sólo por los servicios prestados bajo un plan para un intervalo de atención
- Tipo – puede ser terapia física, terapia ocupacional o patología del habla y lenguaje, o cuando sea apropiado, el tipo puede ser una descripción de un tratamiento específico de la intervención. Cuando un médico, o un profesional de la salud calificado (NPP), establece un plan, el plan debe especificar el tipo de terapia programado
- Cantidad – se refiere al número de veces en un día que se proporcionarán para el tipo de tratamiento. Cuando no se especifica la cantidad, se asume una sesión de tratamiento por día
- Duración – número de semanas o el número de sesiones de tratamiento para el plan de atención
- Frecuencia de los servicios de terapia – se refiere al número de veces en una semana en las que se proporciona el tipo de tratamiento. Cuando no se especifica la frecuencia, se asume un tratamiento

El plan de atención deberá ser consistente con la evaluación correspondiente. El plan deberá esforzarse por proporcionar el tratamiento de la manera más eficiente y efectiva, equilibrando el mejor resultado alcanzable con los recursos apropiados.

Firma y certificación del plan de atención

La firma legible e identificación profesional (por ejemplo, MD, OTR/L) de la persona que estableció el plan, así como la fecha en que fue establecido, se deben registrar con el plan. Un médico o NPP deben certificar (e incluir la fecha) en el plan de atención (* nota: Para los servicios de CORF, los NPP no pueden ordenar o certificar los servicios de terapia). La certificación puede ser establecida en el registro médico del paciente a través de:

- La nota de progreso del médico o NPP

- La orden* del Médico o NPP
- El plan de atención que está firmado por un médico/NPP* y con fecha
- La documentación debe indicar que el médico/ NPP* es consciente de que el servicio de terapia está o estaba en curso, y
- Está de acuerdo con el plan, cuando existe evidencia de que el plan fue enviado al médico/ NPP, o está disponible en el registro médico del paciente para la revisión del médico/NPP

Nota del tratamiento

El propósito de las notas de tratamiento es crear un registro de todos los tratamientos e intervenciones calificados que se proporcionan y registrar el tiempo de los servicios para justificar el uso de los códigos de facturación y las unidades en la reclamación. Se requiere documentación para cada día de tratamiento y cada servicio de terapia. La documentación de cada nota de tratamiento debe incluir los siguientes elementos requeridos:

- Fecha del tratamiento
- Identificación de cada intervención/modalidad específica proporcionada y facturada (ambos códigos; tanto con tiempo como sin tiempo)
- Total de minutos de tratamiento temporizados del código y el tiempo total de tratamiento en minutos
- Firma e identificación profesional del profesional calificado que suministra los servicios, o, para los servicios incidentes a, la supervisión de servicios, incluyendo una lista de cada persona que contribuyó al tratamiento

Reporte funcional

Las reclamaciones por servicios de terapia que se requieren que incluyan los códigos G no pagables y los modificadores correspondientes deben incluir la documentación del reporte funcional en el registro médico. Específicamente, la documentación de los códigos G no pagables y los modificadores de severidad con respecto a las limitaciones funcionales reportadas en las reclamaciones, debe ser incluida en el registro médico del paciente de los servicios de terapia para cada reporte de intervalo requerido como se indica en el MBPM, [capítulo 15, sección 220.4](#).

La documentación para el reporte funcional debe ser completada por el médico que suministra a los servicios de terapia. Los terapeutas deben también documentar su juicio clínico en la asignación del modificador de severidad adecuado.

Evite errores CERT: consejos para mejorar la documentación de terapia

- Asegúrese de que los registros médicos presentados proporcionan pruebas de que el servicio(s) fue certificado y prestado
- Asegúrese de que los registros médicos proveen

Ver **ESCENARIO**, En La Próxima Página

ESCENARIO

De La Página Anterior

la justificación que respalda la necesidad médica y que los servicios especializados eran necesarios

- Cree un plan completo de atención asegurándose de incluir su firma legible, identificación profesional (por ejemplo, PT, OTR/L) y la fecha en que se estableció el plan
- Documento cuando sea modificado el plan de atención, incluyendo la forma en que ha sido modificado y por qué los objetivos anteriores no se cumplieron o no se pudieron cumplir
- Confirme que el plan de atención es certificado (recertificado cuando sea apropiado) con la firma legible y la fecha del médico/NPP
- Documento de forma clara, en minutos, el tiempo total empleado solamente en el tratamiento con el código temporizado y el tiempo total del tratamiento (incluidos los códigos con y sin tiempo) en el expediente del paciente

Recursos adicionales

Para encontrar información adicional en relación con los servicios de terapia y rehabilitación, consulte los siguientes recursos en el sitio Web de CMS:

- CORF: [capítulo 5 del Medicare Claims Processing Manual](#) (publicación 100-04) y [capítulo 12 del Medicare Benefit Policy Manual](#) (publicación 100-02)
- Servicios de terapia especializada prestados en centros de enfermería especializada: [capítulo 8 del Medicare Benefit Policy Manual](#) (publicación 100-02)
- Otra guía: la [página Web de los servicios de terapia de CMS](#)

Aviso legal: El grupo de trabajo de asuntos de asistencia y educación CERT de MAC A/B es independiente del equipo de CERT de CMS y los contratistas de CERT, que son responsables por el cálculo de la tasa de pago indebido de las tarifas fijas de Medicare.



MLN Connects™ Provider e-News de CMS

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

- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 27 de febrero de 2014 – <http://go.usa.gov/BJwz>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 6 de marzo de 2014 – <http://go.usa.gov/KgZY>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 13 de marzo de 2014 – <http://go.usa.gov/K83W>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 20 de marzo de 2014 – <http://go.usa.gov/KEym>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 27 de marzo de 2014 – <http://qrs.ly/i93y6u5>

ICD-10

La capacitación de ICD-10 no será proporcionada por los contratistas administrativos de Medicare



Encuentre adiestramiento a través de fuentes externas

El adiestramiento para la codificación de ICD-10 **no** está siendo provisto por los contratistas administrativos de Medicare (MAC) ni contratistas de legado en jurisdicciones que todavía no son administradas por un MAC. En cambio el adiestramiento será provisto por varias fuentes externas.

Los recursos abajo son externos a First Coast y los sitios Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), pero están siendo ofrecidos para su conveniencia. First Coast y CMS no son responsables por el contenido o mantenimiento de estos sitios externos.

- [AAPC Web resources](#) (recursos Web de AAPC): En este sitio usted encontrará noticias sobre ICD-10 e información de la academia americana de codificadores profesionales (American Academy of

Professional Coders, AAPC)

- [AHA Web resources](#) (recursos Web de AHA): Aquí usted encontrará información de ICD-10 de la asociación americana de hospital (American Hospital Association)
- [AHIMA Web resources](#) (recursos Web de AHIMA): El sitio Web de la asociación americana del manejo de información de salud (American Health Information Management Association, AHIMA) comparten información y sesiones de adiestramiento de ICD-10
- [HIMSS Web resources](#) (recursos Web de HIMSS): El sitio Web de la sociedad de sistemas de manejo e información de salud (Health Information and Management Systems Society, HIMSS) ofrecen información y dirección de ICD-10
- [CDC Web resources](#) (recursos Web de CDC): El sitio Web de los Centros de control de enfermedades y prevención (Centers for Disease Control and Prevention) ofrecen información de ICD-10

Adicionalmente, vea una lista de enlaces útiles a recursos educacionales diseñados para asistir a los proveedores durante y después del proceso de implementación de ICD-10.



Conéctese al SPOT

El Secure Provider Online Tool (SPOT) ofrece a los proveedores la conveniencia del acceso en línea a los datos esenciales de Medicare, incluyendo el estatus de la reclamación, historial de pagos, información sobre beneficios/elegibilidad, y los informes de datos en un entorno seguro, en línea. ¿Está listo? [Haga clic aquí](#) para acceder al SPOT para iniciar la sesión o comenzar el proceso de inscripción ahora.

Pruebas de ICD-10 con proveedores a través de los módulos de edición e intercambio electrónico de datos

Número de *MLN Matters*: MM8465 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8465
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de marzo de 2014
 Fecha de efectividad: 3 de diciembre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R1357OTN
 Fecha de implementación: 3 de marzo de 2014; 12 de marzo de 2014 para el contratista reportar a CMS

Este artículo fue revisado el 10 de marzo para reflejar una petición de cambio (CR) revisada. La fecha límite para el reporte del contratista a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) fue cambiada al 12 de marzo de 2014 (página 3). Esta fecha también fue añadida a la fecha de implementación para este requerimiento de reporte solamente. El cambio al artículo del 27 de febrero proporcionó información adicional sobre cómo las reclamaciones serán presentadas para pruebas (página 2 en negrillas). El número de transmisión, la fecha de publicación de la CR, y el enlace a la CR también fueron modificados.

Resumen

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

Esta semana de prueba brindó a los socios comerciales acceso a los contratistas y al intercambio electrónico común de data (CEDI) para pruebas con soporte de asistencia técnica en tiempo real. El evento fue llevado a cabo virtualmente y fue publicado en cada sitio Web del contratista y de CEDI así como en

el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

En o antes del 12 de marzo de 2014, su contratista reportará lo siguiente a CMS:

- Número de socios comerciales llevando a cabo pruebas durante la semana de pruebas
- Porcentaje de socios comerciales que llevaron a cabo pruebas durante la semana de pruebas (versus el número de socios comerciales respaldados) por contrato
- Por ciento de reclamaciones de prueba aceptadas versus las rechazadas
- Reporte de cualquier problema significativo encontrado durante las pruebas



Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8465, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1357OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1357, CR 8465

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

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

Este artículo fue revisado el 10 de marzo para añadir un enlace a un artículo relacionado que provee instrucciones sobre cómo hacerse voluntario para ser escogido para las pruebas integrales de ICD-10 con Medicare en julio de 2014. Los probadores potenciales deben completar el formulario de voluntario en el sitio Web del contratista en o antes del 24 de marzo de 2014. Este artículo fue previamente revisado el 27 de febrero de 2014, para añadir información sobre la segunda semana de pruebas de reconocimiento y para proveer más detalles sobre las pruebas integrales.

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

preparada.

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 reconocimiento, 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.

Servicios de Rehabilitación

Servicios de terapia facturados por la especialidad 25 – Puerto Rico solamente

El 24 de julio de 2012, First Coast activó una edición previa al pago para los servicios de terapia provistos por la especialidad 25 (medicina física y rehabilitación) en Puerto Rico. Esto fue debido a hallazgos de revisión médica que revelaron que esta especialidad presenta una tasa de error de 88 por ciento. El propósito de la edición es prevenir el pago de servicios no cubiertos, codificados incorrectamente, y facturados indebidamente. También, con la asistencia de la revisión médica, ahora servicio al cliente aconseja a los proveedores en la corrección de la facturación y los errores de documentación.

Los datos para el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de 2013, muestran una tasa de error de 81 por ciento. Una cantidad significativa de esta tasa de error es debido a peticiones de documentación sin respuesta o a la presentación de documentación incompleta. Estas mismas reclamaciones en muchas ocasiones son pagadas al nivel de apelación. A pesar de que

es notable un aumento en las reclamaciones que están siendo pagadas en apelación, la tasa de error permanece alta.

Los proveedores pueden ser removidos de la edición previa al pago.

Los proveedores que disminuyan su tasa de error a menos del 10 por ciento pueden ser liberados de la edición previa al pago. Sin embargo, las reclamaciones deben ser evaluadas para pago al nivel de prepago para disminuir la tasa de error.

Los proveedores deben:

- Presentar la documentación de forma oportuna, y
- Presentar toda la documentación necesaria para evaluar adecuadamente las reclamaciones para pago

Una vez usted haya recibido la petición de documentación (ADR), presente una copia de la carta de ADR con los



Ver **SERVICIOS DE TERAPIA**, En La Próxima Página

Tarifas fijas

Actualización de 2014 para la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM8531 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8531
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de diciembre de 2013
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2836CP
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

Este artículo fue revisado el 6 de marzo para proveer actualizaciones con respecto a los cambios de códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que fueron efectivos el 1 de enero de 2014. Los cambios están en la página 2 (en negrilla). El resto de la información permanece sin cambios.

Resumen

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

Esta actualización incluye los códigos nuevos y eliminados, efectivo a partir del 1 de enero. Además, los cambios en los códigos del dispositivo neuroestimulador L8685, L8686, L8687 y L8688

se retiraron ya que estos servicios no serán válidos para Medicare (“1”) efectivo el 1 de enero de 2014. Sin embargo, el código L8679 es agregado, el cual reemplazará los códigos L8685, L8686, L8687 y L8688.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8531, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2836CP.pdf>.

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

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

SERVICIOS DE TERAPIA

De La Página Anterior

registros médicos **dentro de 30 días.**

First Coast le recomienda que visite nuestra página de especialidad para los servicios de rehabilitación en <http://medicareespanol.fcso.com/Landing/141887.asp>. Esta página ofrece recursos que describe los requerimientos de documentación y ofrece una [lista de verificación de documentación de servicios de rehabilitación](#) que le ayudará a responder a las peticiones de documentación.

Actualización trimestral de abril de 2014 para la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM8645
Número de petición de cambio relacionado: 8645
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2902CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Las tarifas fijas del equipo médico duradero, prostéticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) se actualizan sobre una base trimestral, cuando sea necesario, con el fin de implementar las cantidades de tarifa fija para los códigos nuevos y existentes, según sea aplicable, y para implementar los cambios en las políticas de pago. Los cambios incluyen lo siguiente:

- Códigos para férulas, yesos y ciertos lentes intraoculares agregados al archivo de tarifas fijas de DMEPOS, que están sujetos a las reglas de coaseguro y deducibles. El pago de estos artículos es el más bajo ya sea entre el cargo real o la cantidad de la tarifa fija
- A partir del 1 de abril de 2014, el código de procedimiento L8680 no se incluye en el archivo

de tarifas fijas de DMEPOS 2014; el indicador de cobertura está revisado para "I" (no es válido para propósitos 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/MM8645.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8645, 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/R2902CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2902, CR 8645

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

Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8664
Número de petición de cambio relacionado: 8664
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de marzo de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014 y 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2912CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

La *petición de cambio 8664* modifica los archivos de pago para el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014, programados para implementación el 7 de abril de 2014. En esta actualización, las unidades de valor relativo de gasto en las prácticas que son centros y que no son centros (PE RVU) para el componente técnico y global del código de procedimiento 77293 se han ajustado.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto se debe considerar el previo aviso de un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para

médicos y profesionales de la salud 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/MM8664.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8664, 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/R2912CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2912, CR 8664

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

Actualización de las tarifas fijas de laboratorio clínico de las asignaciones de viaje y las tarifas de recolección de muestras

Número de *MLN Matters*: MM8641
 Número de petición de cambio relacionado: 8641
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de marzo de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2907CP
 Fecha de implementación: 16 de junio de 2014

Resumen

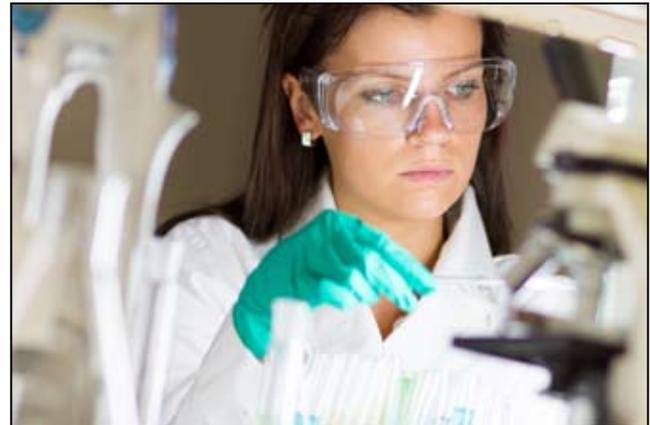
Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizan las tarifas de pago para las asignaciones de viaje y las tarifas de recolección de muestras cuando se facturan según una base de millas utilizando el código P9603 del Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS) y cuando se facturan con base en la tarifa única utilizando el código HCPCS P9604 para el 2014.

El pago de las asignaciones de viaje se hace solamente si la tarifa de recolección de muestras también es pagable. La asignación de viaje se destina a cubrir los gastos de viaje estimados de recolección de una muestra que incluye el salario del técnico de laboratorio y los gastos de viaje. La asignación de viaje por milla es para ser utilizada en situaciones en las que el viaje promedio de los hogares de los pacientes es más extenso de 20 millas de ida y vuelta.

Los códigos HCPCS de viaje permiten el pago, ya sea en una base por millas (código HCPCS P9603), o tarifa única con base en el viaje (código HCPCS P9604). La asignación según la tarifa única con base en el viaje es \$10.10.

Información adicional

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



[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8641.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2907CP.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8641, 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/R2907CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2907, CR 8641

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.



Calcule las posibilidades ...

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

EL PRESIDENTE

De La Página 1

revisado de 2014.

Sección 103 – Extensión del proceso de excepción del límite de terapia – La nueva ley amplía el proceso de excepciones para los límites de terapia ambulatoria hasta el 31 de marzo 2015. Se requiere que los proveedores de servicios de terapia ambulatoria presenten el modificador KX en sus reclamaciones de terapia, cuando se solicita una excepción al límite de los servicios médicamente necesarios prestados hasta el 31 de marzo de 2015. Además, la nueva ley extiende la aplicación de los límites, el proceso de excepciones y el límite para los servicios de terapia prestados en un departamento ambulatorio de un hospital (OPD). Información adicional sobre el proceso de excepción para los servicios de terapia se puede encontrar en el [Medicare Claims Processing Manual, Pub.100-04, capítulo 5, sección 10.3](#).

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

La nueva ley también amplía el mandato en el que Medicare realiza la revisión médica manual de servicios de terapia prestados del 1 de enero de 2014 al 31 de marzo de 2015, por la que se solicitó una excepción cuando el beneficiario haya alcanzado una cantidad del límite total en dólares de \$3,700 por servicios de terapia, incluyendo los servicios de terapia de OPD, para un año. Hay dos límites anuales

de \$3,700 separados que fueron agregados: (1) servicios combinados de terapia física y patología del habla y el lenguaje, y (2) servicios de terapia ocupacional.

Sección 104 – Extensión de los pagos agregados de ambulancia – La nueva ley extiende las siguientes dos provisiones de pago que vencen para ambulancia: (1) el aumento del 3 por ciento en las cantidades de tarifa fija para el transporte cubierto de ambulancia terrestre que se origina en las zonas rurales, y el aumento del 2 por ciento para el transporte cubierto de ambulancia terrestre que se origina en las zonas urbanas, se extienden hasta el 31 de marzo de 2015 y (2) la provisión relacionada con el pago de los servicios de ambulancia terrestre, que aumenta la tarifa base para transportes que se originan en una zona que se encuentra dentro del percentil 25 más bajo de todas las zonas rurales organizadas por la densidad de población (conocido como el bono “súper rural”) se extiende hasta el 31 de marzo de 2015. La provisión relacionada con los servicios de ambulancia aérea que continuó tratándose como cualquier área rural, que fue designada como rural el 31 de diciembre de 2006, para propósitos de pago bajo el programa de tarifas de ambulancia, expiró el 30 de junio 2013.

Sección 105 – Extensión del incremento del ajuste de pago para los hospitales de pacientes internos para ciertos hospitales de bajo volumen – La nueva ley extiende, hasta el 31 de marzo de 2015, una provisión que permite calificar a los hospitales de bajo volumen para recibir pagos agregados con base en el número de altas del hospital de Medicare. Para calificar, el hospital debe tener menos de 1,600 altas de Medicare y estar a 15 millas o más del hospital similar la más cercano.

Sección 106 – Extensión del programa del hospital dependiente de Medicare (MDH) – El programa MDH provee un pago mejorado para apoyar a los pequeños hospitales rurales para los cuales Medicare ajusta un porcentaje significativo de los pacientes por los días o altas de la hospitalización. Esta provisión amplía el programa MDH hasta el 31 de marzo de 2015.

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Mayo de 2014

Solicitudes de pago condicional y MSP (A)

Cuando: 6 de mayo de 2014
 Hora: 10:00-11:30 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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/268649.asp>

ACT sobre los requerimientos de firma del médico e “incidente a” de Medicare

Cuando: 14 de mayo de 2014
 Hora: 1:30 p.m.- 3:00 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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/268162.asp>

Junio de 2014

Clase de PECOS basado en Internet

Cuando: 19 de junio de 2014
 Hora: 1:00 p.m.- 5:00 p.m. ET
 Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/267337.asp>

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____
 Título del registrante: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono: _____
 Dirección de email: _____
 Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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

Cobertura

Aprepitant para la emesis inducida por la quimioterapia

Número de *MLN Matters*: MM8418
Número de petición de cambio relacionado: 8418
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de febrero de 2014
Fecha de efectividad: 29 de mayo de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R180BP, R2883CP y R163NCD
Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

La emesis inducida por la quimioterapia es la incidencia de náuseas y vómitos durante o después de un tratamiento contra el cáncer con agentes de quimioterapia. La determinación de cobertura nacional (NCD) ha sido actualizada para cubrir el régimen de tres medicamentos antieméticos orales de aprepitant oral, un antagonista oral 5HT₃, y dexametasona oral para pacientes que están recibiendo ciertos agentes de quimioterapia que son altamente eméticos.

La NCD aplica sólo a las formas orales del régimen de tres medicamentos como un reemplazo completo para sus equivalentes intravenosos. Todas las demás indicaciones o combinaciones para el uso de aprepitant oral no están cubiertas bajo la Parte B de Medicare; aunque, pueden ser consideradas bajo la Parte D 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/MM8418.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8418, 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/R180BP.pdf>, <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2883CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R163NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 180, CR 8418, CMS Pub. 100-04, Transmittal 2883, CR 8418 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 163, CR 8418

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 todas 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*.

Intercambio Electrónico de Datos

Actualización de abril de 2014 del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE)

Número de *MLN Matters*: MM8658 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8658
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de marzo de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2900CP
 Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Este artículo fue revisado el 11 de marzo de 2014, para agregar los encabezados de columna a la tabla que describe las modificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados. El resto de información permanece sin cambios.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron la actualización de abril de 2014 del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE).

El I/OCE envía todas las reclamaciones institucionales de pacientes ambulatorios, incluyendo las reclamaciones de hospital que no son OPPS, a través de un único OCE integrado, lo cual elimina la necesidad de actualizar, instalar y mantener dos paquetes de software OCE separados sobre una base trimestral. Las modificaciones de abril de 2014 de I/OCE son:

- El cambio al indicador de estatus (SI) de N a A para cualquier código de laboratorio (lista de códigos) presentado en el tipo de factura 12x

cuando la reclamación no contiene el código de condición W2; y,

- La actualización de la lista de productos sustitutos de piel (anexo N) para mover los códigos específicos del producto sustituto de piel de la lista A (bajo costo) a la lista B (alto costo)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8658.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8658, 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/R2900CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2900, CR 8658

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

Entérese primero: Suscríbese a eNews de First Coast

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

Facturación

Actualización de 2014 para el pago y facturación de la prueba de laboratorio de diagnóstico clínico de hospital para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: SE1412
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

En enero, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron una nueva política bajo la regla final de 2014 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS), que proporciona un pago en conjunto de las pruebas de laboratorio (distintas de patología molecular, en lugar de un pago por separado de tarifas de pago de laboratorio clínico [CLFS]). La nueva política entró en vigencia para fechas de servicio a partir del 1 enero de 2014.

Este artículo de la edición especial de *MLN Matters*[®] actualiza los métodos que los hospitales deberían utilizar para facturar a Medicare por las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico para pacientes ambulatorios que sean elegibles para el pago por separado bajo las tarifas de pago de laboratorio clínico (CLFS).

Para adaptarse a las preocupaciones sobre la nueva política planteada por los funcionarios de hospital, CMS ha creado un nuevo modificador para que sea utilizado en el tipo de factura (TOB) 013X (en lugar de TOB 014X) cuando las pruebas de laboratorio no referidas son elegibles para el pago por separado bajo las CLFS.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1412.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1412

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

Actualizados los archivos de la base de datos de internos y residentes disponibles para los hospitales de enseñanza

La oficina de gestión financiera de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicó dos programas de sistemas de información de internos y residentes (IRIS) con los archivos actualizados en el sitio Web de CMS, el 28 de febrero de 2014. Los archivos publicados incluyen códigos de la escuela de medicina, los códigos del tipo de residencia y las instrucciones de funcionamiento para el uso del sistema IRIS.

Los hospitales de enseñanza, y otros en la comunidad de proveedores, utilizan estos programas para

recopilar y reportar información sobre la capacitación de los residentes en el entorno hospitalario y no hospitalario. El propósito principal de IRIS es asegurar que Medicare incluya a los internos y residentes, ya que sólo un empleado de tiempo completo es equivalente en el cálculo de los pagos por los costos de grado de la educación médica directa y la educación médica indirecta.

Los archivos y las instrucciones del programa IRIS están disponibles para su descarga [en el sitio Web de CMS](#).

Directrices de los códigos del estatus de alta del paciente y las políticas de transferencia de hospital

Número de *MLN Matters*: SE0801 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) actualizaron las directrices e instrucciones sobre la determinación del código correcto del estatus de alta del paciente que debe utilizarse cuando se completan las reclamaciones por servicios de hospitalización prestados a los beneficiarios de Medicare.

La publicación de las directrices actualizadas coincide con la creación de nuevos códigos

relacionados con la política de transferencia de pacientes reportada en el artículo de la edición especial de *MLN Matters*® (SE) [SE1411](#).

CMS requiere los códigos del estatus de alta del paciente para:

- Reclamaciones de hospital para paciente hospitalizado (tipo de facturas (TOB) 11X y 12X);



- Reclamaciones de enfermería especializada (TOB 18X, 21X, 22X y 23X);
- Servicios de hospital para paciente ambulatorio (TOB 13X, 14X, 71X, 73X, 74X, 75X, 76X y 85X);
- Todas las reclamaciones de hospicio y salud en el hogar (TOB 32X, 33X, 34X, 81X y 82X)

CMS recomienda a los proveedores que revisen la SE0801 que proporciona información sobre la política de transferencia de pacientes y ayuda a determinar el código correcto del estatus de alta para su uso con las reclamaciones de Medicare. El artículo de la edición especial también incluye una sección de preguntas y respuestas en relación con el código correcto del estatus del paciente que se debe utilizar en diferentes situaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE0801.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0801

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.

Clarificación de los códigos del estatus de alta del paciente y las políticas de transferencia de hospital

Número de *MLN Matters*: SE1411 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

Este artículo fue rescindido el 6 de marzo con el fin de ser revisado. Este será publicado de nuevo cuando se

completan las revisiones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1411.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1411

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.

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: 7 de abril de 2014

Resumen

Nota: 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.

ICD-10

Instrucciones especiales para la codificación en episodios de salud en el hogar que abarcan la transición a ICD-10



Número de *MLN Matters*: SE1410
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron instrucciones especiales de facturación para las agencias de salud en el hogar (HHA) para aplicar a las reclamaciones por episodios de salud en el hogar que abarcan la implementación de la clasificación internacional de

enfermedades, modificación clínica 10ª edición (ICD-10-CM) del 1 de octubre de 2014.

De acuerdo con CMS, tres factores afectarán cómo los códigos de ICD-10-CM serán utilizados en estos episodios para los servicios que abarcan la fecha del 1 de octubre:

1. La fecha “desde” de la reclamación (fecha de comienzo del episodio);
2. La fecha de finalización de la evaluación del conjunto de información de evaluación y resultado (OASIS) (OASIS ítem M0090 fecha); y
3. La fecha de “hasta” de la reclamación

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1410.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1410

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

Resultados de la investigación generalizada para los grupos relacionados por diagnóstico y severidad de Medicare 074, 092, 419 y 491

First Coast Service Options Inc. (First Coast) realizó cuatro investigaciones generalizadas en los siguientes MS-DRG en respuesta a los hallazgos de la revisión de los archivos médicos identificados por el auditor de recuperación (RA) en Florida. El RA identificó estadias de pacientes hospitalizados en el hospital que no fueron consideradas médicamente necesarias. Las investigaciones generalizadas se completaron para validar los resultados de RA. Las tasas de error del RA, así como los hallazgos de la revisión médica de First Coast y la acción correctiva se indican a continuación.

MS-DRG 074 trastornos craneales y nervios periféricos sin MCC

- La tasa de error del RA fue de 89.87 por ciento
- La tasa de error de First Coast fue de 7.77 por ciento. En el 100 por ciento de los casos denegados, la revisión del registro médico no indicó que la atención hospitalaria para el paciente hospitalizado era médicamente necesaria, razonable y apropiada para el diagnóstico y la condición del paciente. La documentación no respaldó que el paciente haya demostrado signos y/o síntomas lo suficientemente graves para justificar la necesidad de la atención hospitalaria. Además, los servicios recibidos no fueron de tal intensidad que podrían ser suministrados de manera segura y eficaz sólo en una base de hospitalización
- Ninguna acción correctiva se llevará a cabo por First Coast en este momento

MS-DRG 092 otros desórdenes del sistema nervioso con/CC

- La tasa de error del RA fue de 14.29 por ciento
- La tasa de error de First Coast fue de 6.49 por ciento. En el 100 por ciento de los casos denegados la revisión del registro médico no indicó que la atención hospitalaria para el paciente hospitalizado era médicamente necesaria, razonable y apropiada para el diagnóstico y la condición del paciente. La documentación no respaldó que el paciente haya demostrado signos y/o síntomas lo suficientemente graves para justificar la necesidad de la atención hospitalaria. Además, los servicios recibidos no fueron de tal intensidad que podrían ser suministrados de manera segura y eficaz sólo en una base de hospitalización

- Ninguna acción correctiva se llevará a cabo por First Coast en este momento

MS-DRG 419 colecistectomía laparoscópica sin C.D.E. sin CC/MCC

- La tasa de error del RA fue de 91.55 por ciento
- La tasa de error de First Coast fue de 2.74 por ciento. En el 100 por ciento de los casos denegados la revisión del registro médico no indicó que la atención hospitalaria para el paciente hospitalizado era médicamente necesaria, razonable y apropiada para el diagnóstico y la condición del paciente. La documentación no respaldó que el paciente haya demostrado signos y/o síntomas lo suficientemente graves para justificar la necesidad de la atención hospitalaria. Además, los servicios recibidos no fueron de tal intensidad que podrían ser suministrados de manera segura y eficaz sólo en una base de hospitalización
- Ninguna acción correctiva se llevará a cabo por First Coast en este momento

MS-DRG 491 procedimientos de espalada y cuello excepto fusión vertebral sin CC/MCC

- La tasa de error del RA fue de 91.98 por ciento
- La tasa de error de First Coast fue de 23 por ciento. En el 100 por ciento de los casos denegados la revisión del registro médico no indicó que la atención hospitalaria para el paciente hospitalizado era médicamente necesaria, razonable y apropiada para el diagnóstico y la condición del paciente. La documentación no respaldó que el paciente haya demostrado signos y/o síntomas lo suficientemente graves para justificar la necesidad de la atención hospitalaria. Además, los servicios recibidos no fueron de tal intensidad que podrían ser suministrados de manera segura y eficaz sólo en una base de hospitalización
- Veintiún proveedores fueron incluidos en esta investigación generalizada con una muestra de tamaño promedio de 3-5 reclamaciones. Las tasas de error para estos proveedores estuvieron en un rango de 0 a 66 por ciento, con una tasa de error total del 23 por ciento. First Coast ofrecerá educación específica del proveedor y comentarios cuando sea necesario abordar las razones de la denegación

Sistema de pago prospectivo

Actualización de abril de 2014 del sistema de pagos prospectivos de hospital para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM8653 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8653
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2903CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Este artículo fue revisado el 11 de marzo de 2014, para reflejar una petición de cambio (CR) revisada que sustituye "Program Memorandum" (memoranda del programa) localizado en el Medicare Claims Processing Manual, capítulo 17, sección 90.2.1 con "Recurring Update Notification" (notificación recurrente de la actualización). La fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la CR también cambiaron. El resto de información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron la actualización trimestral del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS), que contiene los cambios y las instrucciones de facturación para diferentes políticas de pago.

En la actualización, CMS proporciona los detalles relacionados con las deducciones de pago cuando un dispositivo médico se proporciona sin costo alguno o con un crédito parcial al proveedor. Además, la actualización incluye servicios agregados y los medicamentos y productos biológicos pagables y cubiertos bajo el OPPS. Los cambios específicos incluyen:

- A partir del 1 enero de 2014, CMS ya no reconocerá el modificador FB (Item provided without cost to provider, supplier, or practitioner, or credit received for replaced device [artículo provisto sin costo al proveedor, abastecedor o profesional de la salud, o el crédito recibido por el dispositivo reemplazado]) o el modificador FC

(Partial credit received for replaced device [crédito parcial recibido por el dispositivo reemplazado]), los cuales se utilizan para identificar un dispositivo que se proporciona sin costo o con un crédito total o parcial

- CMS proporcionará el pago de todos los que califican por encuentros extendidos de evaluación y manejo a través del compuesto creado recientemente APC 8009 (Extended Assessment and Management (EAM) Composite [compuesto extendido de evaluación y manejo [EAM]]). Cualquier visita clínica, visita de nivel 4 o nivel 5, tipo A al departamento de emergencias (ED), o visita de nivel 5 tipo B ED proporcionada por un hospital en conjunto con los servicios de observación de ocho o más horas calificará para el pago a través APC 8009

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8653.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8653, 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/R2903CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2903, CR 8653

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

Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

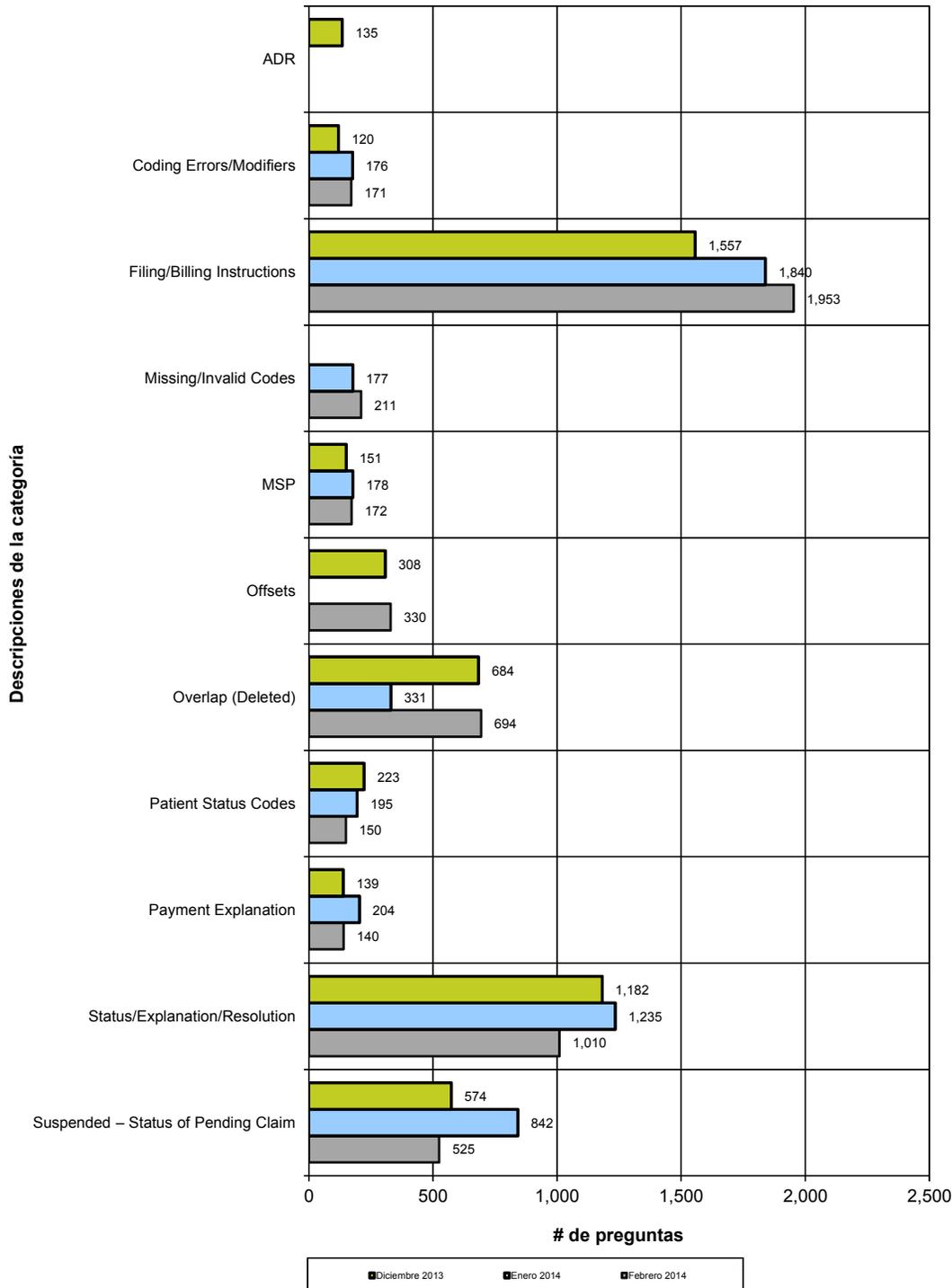
¿Quién tiene el poder para mejorar su precisión y eficiencia de facturación? Usted. Visite la sección de *Improve Your Billing* donde descubrirá las herramientas que necesita para aprender a como siempre facturar a Medicare correctamente – la primera vez. Usted encontrará los recursos de autoauditoría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

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

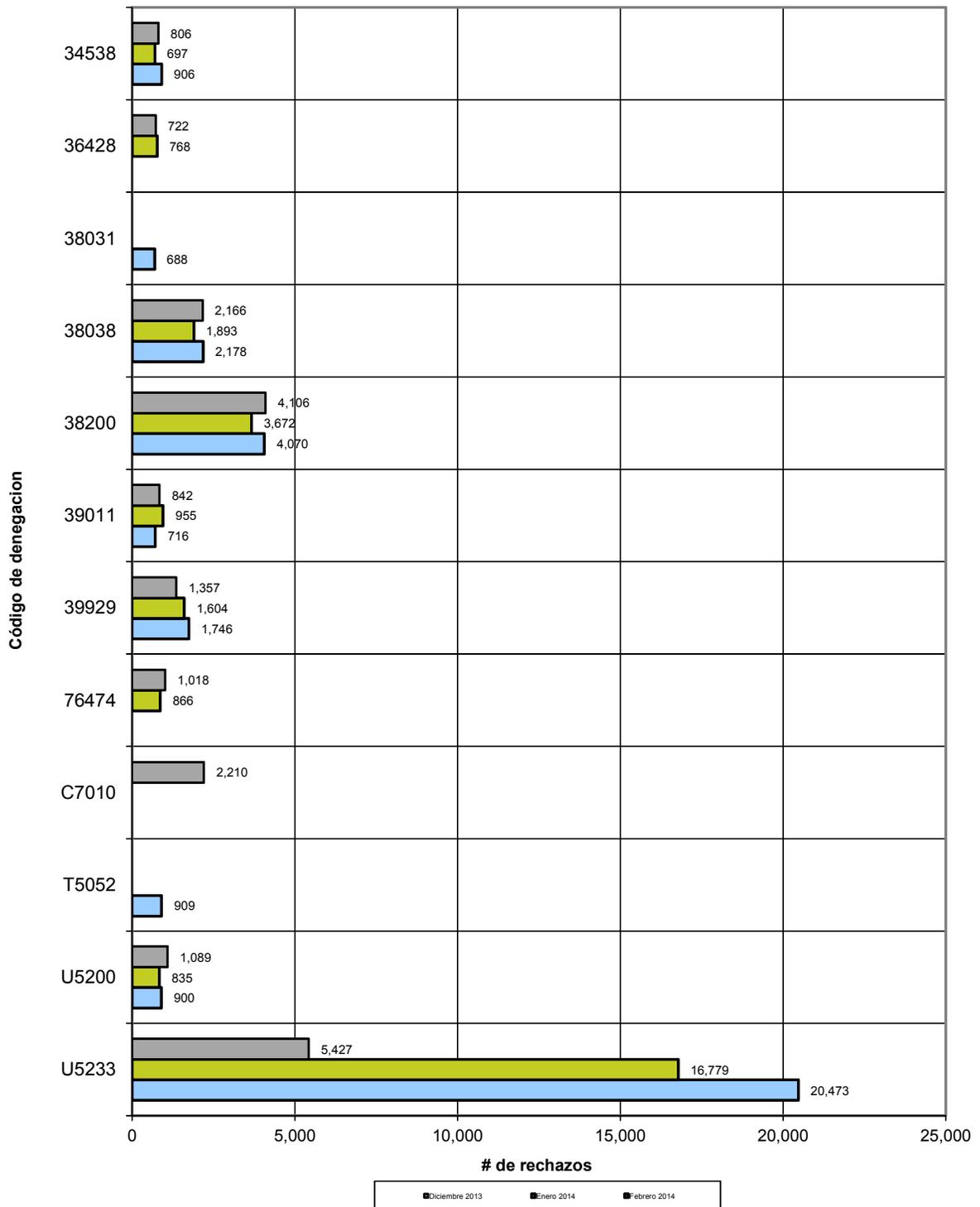
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

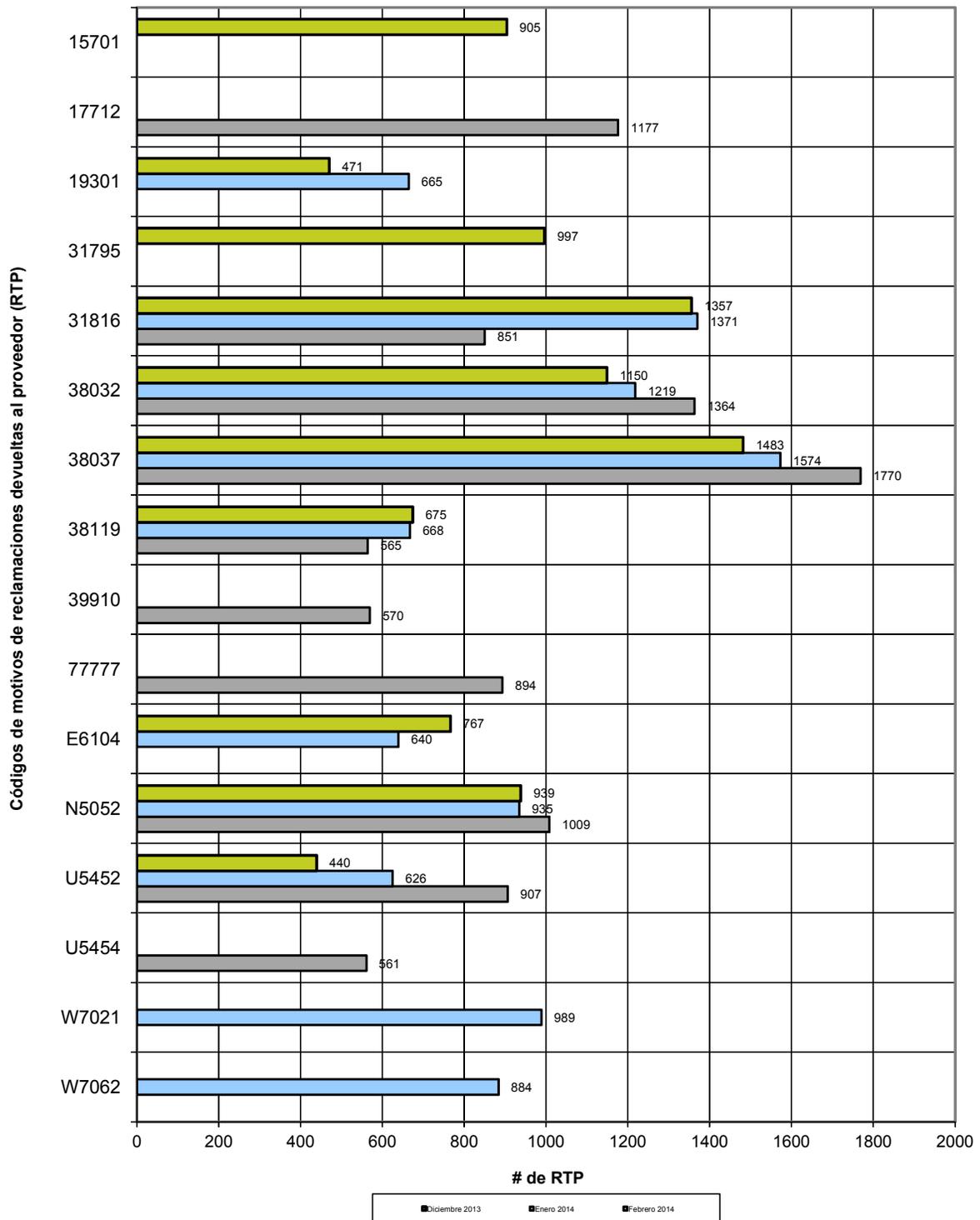
Preguntas de Parte A más frecuentes en diciembre de 2013 - febrero de 2014



Rechazos más frecuentes de Parte A en diciembre de 2013 - febrero de 2014



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en diciembre de 2013 - febrero 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 First Coast 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

Contenido

Revisiones a las LCD existentes

Pegfilgrastim (Neulasta®).....	28
Molecular pathology procedures for human leukocyte antigen (HLA) typing	28

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**.

¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Revisiones a las LCD existentes

Pegfilgrastim (Neulasta®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28946 (Florida)

Identificador de LCD: L28967 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para pegfilgrastim (Neulasta®) fue más recientemente revisada el 13 de febrero de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para agregar el código de diagnóstico 209.30 de ICD-9-CM (Malignant poorly differentiated neuroendocrine carcinoma, any site [carcinoma maligno neuroendocrino pobremente diferenciado, en cualquier sitio]) bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”. Además, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 27 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 de 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](#).

Molecular pathology procedures for human leukocyte antigen (HLA) typing – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33732 (Florida/ Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el procedimiento de tipificación de patología molecular para el antígeno leucocitario humano (HLA) fue efectiva el 7 de octubre de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-9-CM 287.30 (Primary thrombocytopenia unspecified [trombocitopenia primaria no especificada]) y 287.49 (Other secondary thrombocytopenia [otra trombocitopenia secundaria]) bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”. Además, fue revisada la sección de la LCD “CMS National Coverage Policy”.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 20 de marzo de 2014**, para servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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](#).

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

First Coast – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:
888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla
877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla
800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas
904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-8103

Fax para registro de seminarios
904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:
www.cms.gov

Beneficiarios:
www.medicare.gov

Evaluación y Manejo

Nueva revisión de auditoría para los códigos CPT® 99348-99350 para las visitas al hogar de evaluación y manejo en Puerto Rico

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo un análisis de datos relacionado a la posible utilización excesiva de *Common Procedural Terminology* (códigos CPT® 99348-99350) para las visitas al hogar de evaluación y manejo (E/M) en Puerto Rico. Los hallazgos indicaron que First Coast estaba en riesgo de errores de pago para estos servicios. Los datos de comparación nacional han permanecido altos para Puerto Rico a pesar de las acciones de revisión médica anteriores.

En la determinación de cobertura local (LCD) L29421 titulada visitas al hogar y a domicilio de E/M (E&M Home and Domiciliary Visits) se revisó la fecha efectiva del 2 de marzo de 2009, First Coast describe la indicación y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica para reembolso por Medicare en lugar de una visita al consultorio. La siguiente información es un extracto de la LCD:

- El servicio/visita debe ser médicamente razonable y necesario y no para conveniencia del médico o enfermera profesional cualificada (NPP) con la documentación adecuada para la visita en el hogar en lugar de una visita al consultorio
- El servicio/visita debe ser igual o similar a los servicios provistos en una oficina. La frecuencia de las visitas requeridas para tratar cualquier problema clínico dado debe ser dictado por la necesidad médica en vez del lugar de servicio y la frecuencia esperada de visitas tratadas en el entorno del hogar no excederá el de un consultorio médico, excepto en raras ocasiones
- Cada visita debe cumplir con los estándares de práctica médica aplicables
- El servicio es de tal naturaleza que no podría ser provisto por una enfermera visitante/agencia de servicio de salud en el hogar bajo el beneficio de salud en el hogar
- Un médico calificado o profesional de la salud calificado debe prestar el servicio
- Si el número total de los servicios en el hogar y a domicilio de E/M excede lo que puede ser provisto razonablemente, basado en el estándar de cuidado y los requerimientos del componente para tales códigos de E/M, dichos códigos de E/M pueden estar sujetos a revisión médica. El médico/profesional médico calificado debe ser el proveedor de los registros y ser responsable de manejar todo el proceso de la enfermedad tratada en la visita. Si el cuidado en el hogar/domicilio está siendo provisto por un proveedor distinto al de los registros para una condición limitada que típicamente no podría prevenir el regreso a un

entorno de oficina después de la recuperación, se presumirá que el servicio no es médicamente necesario, a menos que el proveedor de los registros solicite una consulta y el cuidado sea médicamente necesario y claramente documentado en el registro médico

Según descrito en el manual del sistema en línea de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), publicación 100-04 capítulo 12, sección 30.6.14.1

- Los códigos de servicios en el hogar 99341-99350 son pagados cuando son facturados para reportar los servicios de evaluación y manejo provistos en una residencia privada. Una visita en el hogar no puede ser facturada por un médico a menos que el médico haya estado realmente presente en el hogar del beneficiario
- Para los servicios en el hogar provistos por un médico utilizando estos códigos, el beneficiario no necesita estar confinado en el hogar. El registro médico debe documentar la necesidad médica de la visita médica hecha en lugar de una visita en el consultorio o ambulatoria
- Pago puede ser hecho en algunas áreas de escasa atención médica donde hay falta de personal y servicios de salud en el hogar para inyecciones, EKG, y venopunción que son realizados para pacientes confinados en sus hogares bajo supervisión médica general por enfermeras y empleados paramédicos de médicos o clínicas administradas por médicos

Requerimientos de documentación

Se deben cumplir los criterios médicamente razonables y necesarios de Medicare. Las visitas de estado u órdenes de estado (standing visits or standing orders) no son consideradas médicamente necesarias a menos que la condición médica del paciente esté claramente documentada y sean consideradas médicamente necesarias cuando se relacionan a los estándares aceptables de la práctica médica.

Acciones de First Coast

En respuesta al riesgo de error de pago First Coast estará implementando una modificación previa al pago para estos servicios con fecha efectiva el 15 de enero de 2014. La modificación aleatoria aplicará un 50 por ciento del límite de prepago de la revisión médica basado en las fechas procesadas para los códigos de visitas en el hogar 99348-99350.

Servicios de E/M facturados con los códigos CPT® 95115-95199 de servicios de inmunoterapia con alérgenos requieren el modificador -25

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo un análisis de data para *Current Procedural Terminology* (CPT® códigos 95115-95199) de servicios de inmunoterapia con alérgenos evaluados y encontró que los servicios de evaluación y manejo (E/M) fueron facturados sin anexar el modificador -25 para indicar que el servicio de E/M fue un servicio significativo e identificable por separado realizado en el mismo paciente en la misma fecha que los servicios de inmunoterapia con alérgenos por el mismo proveedor.

De acuerdo con el libro de códigos CPT® del American Medical Association (AMA), "Códigos para códigos CPT® de inmunoterapia con alérgenos 95115-95199 incluyen los servicios profesionales necesarios para inmunoterapia con alérgenos. Los códigos de visita de oficina pueden ser utilizados en adición a la inmunoterapia con alérgenos si otros servicios identificables son provistos en ese momento".

Modificador -25

De acuerdo con las pautas para el uso correcto del modificador -25 para procedimientos globales encontrados en la [Publicación 100-40 Medicare Claims Processing Manual capítulo 12](#) del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Sección 30.6.6 B, y 40.2.8 la cual indica que el modificador -25 es utilizado sólo con reclamaciones por servicios de E/M y sólo cuando los servicios son provistos por el mismo médico o por un profesional de la salud calificado al mismo paciente el mismo día de un procedimiento con un periodo de tarifa global si el médico indica que el servicio es para un significativo, separadamente identificable y el servicio de E/M fue por encima y más allá del trabajo antes y después del trabajo operativo del procedimiento.

El modificador -25 es utilizado para denotar servicios de E/M significativos, separadamente identificables realizado por el mismo médico el mismo día que él o ella realizó otro procedimiento o servicio. Aplican las siguientes directrices:

- El modificador -25 sólo debe ser utilizado con servicios de E/M (rango de código CPT® 99201-

99499) y no con códigos quirúrgicos/global

- Diferentes diagnósticos no son requeridos para reportar servicio de E/M



- Documentación adecuada es requerida para indicar la necesidad médica del servicio de E/M y el procedimiento tiene que ser adecuadamente y suficientemente documentado en los registros médicos

- El contratista administrativo de Medicare (MAC) pagará por servicios de E/M con el modificador -25 en adición a la tarifa global sin ningún otro requisito para documentación, sin embargo, aseguradoras pueden llevar a cabo una revisión médica específica sobre una base de caso por caso cuando altas estadísticas sobre el uso

del modificador -25 por un individuo o grupo es significativo

- El modificador -25 es sólo utilizado para notificar al pagador que el servicio de E/M necesita ser pagado por separado del reembolso para el procedimiento que indica que el servicio de E/M fue significativo e identificable separadamente

Requisitos de facturación para cirugías globales

Los requisitos de facturación para cirugías globales pueden ser encontradas en CMS Publication 100-40 Medicare Claims Processing Manual Chapter 12, Section 40.20 para asegurar la identificación adecuada de los servicios para servicios incluidos y excluidos del conjunto global aplican los siguientes procedimientos:

El uso de modificadores aplica a procedimientos mayores con un periodo global de 90 días de periodo postoperatorio y procedimientos menores con un periodo postoperatorio de 10 días y o cero días de periodo postoperatorio en el caso se los modificadores -22 y -25.

La documentación tiene que reflejar claramente que los servicios de E/M estaban por encima y más allá de la atención usual provista el mismo día del procedimiento y los servicios provistos no fueron una parte normal del procedimiento. La documentación tiene que reflejar lo siguiente:

Ver **SERVICIOS DE E/M**, En La Próxima Página

Facturación

Pago a entidades que proveen cobertura complementaria a Medicare Parte B

Número de *MLN Matters*: MM8638
Número de petición de cambio relacionado: 8638
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de marzo de 2014
Fecha de efectividad: 6 de junio de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2896CP
Fecha de implementación: 6 de junio de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron las instrucciones del manual relacionadas al procedimiento de pago indirecto (IPP) cuando los servicios de Medicare Parte B son cubiertos por una entidad que no es un proveedor o suplidor de Medicare.

CMS permite el pago por los servicios de Medicare Parte B proporcionados por un médico u otro suplidor a una entidad bajo un plan de beneficio de salud complementario si la entidad cumple con ciertos requerimientos detallados en las pautas de IPP.

Por ejemplo, una entidad proporciona una cobertura complementaria para sus retirados. La entidad puede tratar de pagar en su totalidad los beneficios de medicamentos de sus miembros retirados y otros servicios de la Parte B, facturar los servicios de la Parte B a Medicare, y recibir el pago por las reclamaciones 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/MM8638.pdf>.

SERVICIOS DE E/M

De La Página Anterior

Un servicio de evaluación y manejo independiente debido a una queja, síntoma, condición, problema, o circunstancia que puede o no estar relacionada al procedimiento o servicio provisto y debe incluir correlación importante, notable y distinta con las señales y síntomas para un problema distinto.

Recursos educativos

La determinación de cobertura local (LCD) de First Coast para inmunoterapia con alérgenos (revisión



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8638, 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/R2896CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2896, CR 8638

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.

10/01/2011). Los números de LCD son L29056 para Florida y L29074 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Los siguientes cursos de adiestramientos basados en la Web están disponibles en el sitio Web de [First Coast University](http://www.firstcoast.edu) para ayudar a proveedores aprender más sobre la facturación adecuada del modificador -25 así como también los requisitos de documentación para respaldar la necesidad o validez de su uso:

- [Introducción a cirugía global](#)
- [Modificador -25](#)
- [Petición de documentación médica](#)

Formulario de reclamación en papel revisado CMS-1500 (versión 02/12)

El comité nacional de reclamaciones uniformes (National Uniform Claim Committee, NUCC) recientemente revisó el formulario de reclamación CMS-1500 para alinear el formulario de reclamación en papel con los cambios en el 5010 837P y acomodar las necesidades de reporte de ICD-10. El 10 de junio de 2013, la oficina de gerencia y presupuesto (OMB) de la Casa Blanca aprobó el formulario de reclamación en papel revisado, CMS-1500 (versión 02/12). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han adoptado el formulario CMS-1500 (02/12), el cual reemplazará el formulario de reclamación actual CMS-1500 (08/05), efectivo con las reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2014.

- Medicare comenzó a aceptar reclamaciones en el formulario revisado, (02/12), el 6 de enero de 2014;
- Medicare continuará aceptando las reclamaciones en el antiguo formulario, (08/05), hasta el 31 de marzo de 2014;
- El 1 de abril de 2014, Medicare **sólo aceptará** reclamaciones en papel en el **formulario de reclamación revisado CMS-1500, (02/12)**; y
- **A partir del 1 de abril de 2014, Medicare ya no aceptará reclamaciones en el antiguo formulario de reclamación CMS-1500 (08/05)**

El periodo de gracia para que los proveedores y suplidores hagan la transición al nuevo formulario *expira el 1 de abril de 2014*. Los proveedores y suplidores deben asegurarse de que las reclamaciones presentadas en el “antiguo” formulario 08/05 por correo o enviadas a través de un servicio de mensajería lleguen a nuestras oficinas en Jacksonville, FL, el 31 de marzo de 2014. Las reclamaciones en el “antiguo” formulario de reclamación que sean recibidas en/después del 1 de abril de 2014 serán devueltas como reclamaciones no procesables (RUC).

- **Nota:** La actualización del diseño de impresión para el nuevo formulario de reclamación requerirá ajustes significativos. El formulario revisado, versión 02/12, tiene una cantidad de revisiones, las cuales requieren cambios en el diseño de impresión para la alineación apropiada de los datos

El formulario revisado tiene una cantidad de cambios. Los dos cambios más importantes son los nuevos indicadores para diferenciar entre códigos ICD-9 y ICD-10 y los nuevos calificadores para identificar el rol del proveedor ingresado en el ítem 17.

- El NUCC ha creado una presentación que repasa los cambios en detalle. [Haga clic aquí](#) para ver la presentación de NUCC sobre el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12)

Calificadores del ítem 17

Los calificadores apropiados para identificar un rol

como proveedor que ordena, refiere, o supervisa son los siguientes:

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

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

- **Nota:** Las reclamaciones presentadas con un identificador nacional del proveedor (NPI) y sin uno de los calificadores anotados arriba o un calificador inválido serán **devueltas como reclamaciones no procesables (RUC)**

Cambios de diagnósticos del ítem 21 y 24E

El formulario revisado utiliza letras, en lugar de números, como indicadores de código de diagnóstico, y expande el número de posibles códigos de diagnósticos en una reclamación a 12.

Ítem 21

- Para la versión 08/05, reporte un código válido de ICD-9-CM. Ingrese hasta cuatro códigos de diagnósticos
- Para la versión 02/12, puede ser apropiado que reporte ya sea los códigos de ICD-9-CM o ICD-10-CM, dependiendo de las fechas de servicio (es decir, de acuerdo con las fechas efectivas del conjunto de códigos determinado), hasta 12 códigos de diagnóstico
 - Ingrese hasta 12 códigos de diagnóstico. **Nota:** Esta información aparece en líneas opuestas con letras A-L. Relacione las líneas A-L a las líneas de servicio en 24E por la letra de la línea. Utilice el más alto nivel de especificidad
 - No proporcione una descripción narrativa en este campo
 - No inserte un punto en el código de ICD-9-CM o ICD-10-CM
 - El “indicador de ICD” identifica el conjunto de códigos de ICD que está siendo reportado. Ingrese el indicador de ICD aplicable como un sólo dígito entre las líneas verticales de puntos
 - **Conjunto de códigos indicadores**
 - **9** – Diagnóstico de ICD-9-CM
 - **0** – Diagnóstico de ICD-10-CM

Recordatorio: Independientemente de la versión del formulario en papel que esté en efecto, los proveedores **no pueden presentar los códigos de ICD-10** para las reclamaciones con fechas de servicio **antes del 1 de octubre de 2014.**

Ver **FORMULARIO**, En La Próxima Página

FORMULARIO

De La Página Anterior

Ítem 24E

- Para la versión 08/05, esta referencia será un '1', o un '2', o un '3', o un '4'
- Para la versión 02/12, la referencia será una letra de A-L

Cambios adicionales

Los siguientes cambios adicionales también están incluidos en el formulario revisado:

Ítem 8

- Formulario versión 08/05: verifique el encasillado apropiado para el estado civil del paciente y si es un empleado o un estudiante
- Formulario versión 02/12: déjelo en blanco

Ítem 9b

- Formulario versión 08/05: ingrese la fecha de nacimiento de ocho dígitos (MM | DD | CCYY) y el sexo del asegurado de Medigap
- Formulario versión 02/12: déjelo en blanco

Ítem 11b

- Formulario versión 08/05: ingrese el nombre del empleador, si es aplicable. Si hay un cambio en el estado del seguro del asegurado, por ejemplo, retirado, ingrese ya sea una fecha de retiro de seis

dígitos (MM | DD | YY) o de ocho dígitos (MM | DD | CCYY) precedida por la palabra, "RETIRED" ("retirado")

- Formulario versión 02/12: proporcione esta información a la derecha de la línea vertical de puntos

Ítem 14

- Información adicional para el formulario versión 02/12: aunque esta versión del formulario incluye un espacio para un calificador, Medicare no utiliza esta información; **no ingrese un calificador en el ítem 14**

Recordatorio de ASCA

Solamente a los proveedores que cumplan con los requerimientos de excepción del Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) se les permite presentar sus reclamaciones a Medicare en papel, las cuales deben ser presentadas en un formulario de reclamación CMS-1500 válido. Aquellos proveedores que cumplan con estas excepciones podrán presentar sus reclamaciones a Medicare en papel.

Más información sobre las excepciones de ASCA puede ser encontrada en el capítulo 24 del *Medicare Claims Processing Manual*.

Fuente: *Manual electrónico de CMS (IOM) Pub. 100-04 Medicare Claims Processing Manual, capítulo 24, sección 20.4; capítulo 26; petición de cambio (CR) 8509; sitio Web de NUCC*

Medicare solamente aceptará el formulario de reclamación revisado CMS-1500 (02/12) a partir del 1 de abril

Comenzando con las reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2014, Medicare solamente aceptará las reclamaciones en papel profesionales y del proveedor en el formulario de reclamación revisado CMS-1500 (02/12). Usted puede comprar el formulario de reclamación en papel revisado CMS-1500 (02/12) en la [oficina de impresión del gobierno de los Estados Unidos](#), así como en imprentas privadas. Para información relacionada con imprentas privadas que venden el formulario de reclamación revisado CMS-1500 (02/12), por favor contacte al [comité nacional de reclamación uniforme](#).

Medicare empezó a recibir las reclamaciones en el formulario de reclamación revisado CMS-1500 (02/12), el 6 de enero de 2014. El formulario de reclamación CMS-1500 es el formato requerido para la presentación de reclamaciones en papel a Medicare profesionales y del proveedor; cuando es permitido presentar reclamaciones en papel. El periodo de doble uso durante el cual Medicare también aceptó el formulario de reclamación antiguo CMS-1500 comenzó el 6 de enero de 2014, y terminará el 31 de marzo de 2014. A partir del 1 de abril de 2014, Medicare ya no aceptará reclamaciones en el formulario de reclamación antiguo CMS-1500 (08/05).

Características del formulario revisado

El formulario revisado, entre otros cambios, añade notablemente la siguiente funcionalidad:

- Indicadores para diferenciar entre los códigos de diagnóstico ICD-9-CM y ICD-10-CM
- Expansión del número de posibles códigos de diagnóstico a 12
- Clasificación para identificar los siguientes roles de proveedor (en el ítem 17):
 - Ordenar
 - Referir
 - Supervisar

Nota: Aunque el formulario de reclamación revisado CMS-1500 tiene la funcionalidad para aceptar los códigos ICD-10, no presente los códigos ICD-10 en reclamaciones para las fechas de servicio antes del 1 de octubre de 2014.

Instrucciones para completar el formulario revisado

Las instrucciones para completar el formulario

Ver **MEDICARE**, En La Próxima Página

MEDICARE

De La Página Anterior

revisado CMS-1500 (02/12) son proporcionadas en el ["Medicare Claims Processing Manual"](#) (Pub. 100-04).

Nota: La ley de cumplimiento de la simplificación administrativa (ASCA) requiere que las reclamaciones de Medicare sean enviadas por vía electrónica, a menos de que cumplan ciertas excepciones. Algunos proveedores de Medicare califican para estas excepciones y envían sus reclamaciones en papel a Medicare. Para obtener más información acerca de las excepciones de ASCA, por favor póngase en

contacto con el [contratista administrativo de Medicare](#) que procesa sus reclamaciones. Las reclamaciones enviadas por vía electrónica deben cumplir con las normas adoptadas bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA). El estándar actual adoptado bajo HIPAA para presentar electrónicamente las reclamaciones profesionales del cuidado de la salud es la versión 5010 del estándar de la reclamación profesional del cuidado de la salud ASC X12 837 y su especificación en la implementación, reporte técnico 3 (TR3). Más información acerca de ASC X12 y R3 está disponible en el sitio Web [ASC X12](#).

Descubra su pasaporte al adiestramiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com.



Información General

Procedimientos bilaterales y modificadores por servicios médicamente improbables

El centro de contacto del proveedor de First Coast Service Options, Inc. (First Coast) ha estado recibiendo numerosas preguntas sobre modificaciones por servicios médicamente improbables (MUE), modificadores anatómicos (por ejemplo, *RT*, *LT*, *E1*, *E3*, etc.) y el uso del modificador 50. El propósito de este artículo es proveer clarificación sobre cómo el modificador 50 debe ser facturado.

La cirugía bilateral es definida como un procedimiento realizado en ambos lados del cuerpo en la misma sesión operatoria o el mismo día. Esta definición no incluye procedimientos de naturaleza bilateral o incluye los términos “bilateral” o “unilateral/bilateral” en sus descriptores.

Al presentar reclamaciones por cirugía bilateral, utilice el modificador 50 con el código de procedimiento. Las reclamaciones por procedimientos de cirugía bilateral deben ser facturadas en una sola línea de detalle de la reclamación con el código de procedimiento adecuado y el modificador 50 y una (1) unidad de servicio (UOS). Los modificadores *RT* y *LT* no deben ser utilizados cuando aplica el modificador 50. Al facturar reclamaciones por códigos de procedimiento

que son de naturaleza bilateral, no importando si estos servicios son realizados de forma unilateral o bilateral, los proveedores deben facturar el código de procedimiento quirúrgico como un ítem de una sola línea de detalle de la reclamación **sin** el modificador 50.

Para determinar si un procedimiento debe ser facturado con el modificador 50 como procedimiento bilateral, los proveedores pueden acceder la [herramienta de búsqueda de Medicare Physician Fee Schedule \(MPFS\)](#). Seleccione MPFS, ingrese la fecha de servicio, localidad y código de procedimiento. Una vez usted seleccione “Submit,” los detalles del código de procedimiento serán revelados. Bajo el título “Modifier,” seleccione más. El indicador “Bilateral Surgery” le notificará si se debe facturar a un modificador 50 con el código. [Haga clic aquí](#) para una guía sobre el indicador de política de pago para el modificador 50.

Fuente: *Manual electrónico de CMS (IOM) Pub. 100-04 Medicare Claims Processing Manual, capítulo 4, sección 20.6.2; capítulo 23*

Actualización de abril de 2014 del sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*: MM8675
Número de petición de cambio relacionado: 8675
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de marzo de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2901CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8675, la cual describe los cambios en las políticas de pago y las instrucciones de facturación asociadas que se implementarán con la actualización del sistema de pago de abril de 2014 en el centro quirúrgico ambulatorio (ASC).

Esta actualización describe los siguientes cambios clave:

- Nuevos servicios (C9739, C9740)
- La facturación de los medicamentos, productos biológicos y radiofármacos
- Indicador de pago ASC revisado para los códigos de procedimiento A9545, J1446, J7178 y Q0181
- Tarifa de pago corregida por los códigos de procedimiento J2323 y Q4127
- Reasignación de los productos sustitutos de piel

de bajo costo para el grupo de alto costo

- Orientación de facturación para la aplicación tópica de mitomicina durante la cirugía oftálmica
- Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8675.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8675, 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/R2901CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2901, CR 8675

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.

NCCI

Actualización de julio de 2014 de la iniciativa nacional de codificación correcta, versión 20.2

Número de *MLN Matters*: MM8558
 Número de petición de cambio relacionado: 8558
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de febrero de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2892CP
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

La petición de cambio 8558 proporciona información sobre el último paquete de la edición de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 20.2, que entrará en vigor el 1 de julio de 2014. La versión 20.2 incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones hechas desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente. **Nota:** La versión 20.2, efectiva el 1 de julio de 2014, pronto estará disponible para los contratistas administrativos de Medicare.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ya no publican un archivo de edición mutuamente exclusivo, ya que todas las ediciones activas y eliminadas aparecerán en el archivo único de edición 'Column One/Column Two Correct Coding' en cada sitio Web. Las ediciones contenidas previamente en el archivo de edición mutuamente exclusivo no se

eliminan, pero están siendo movidas al archivo de edición 'Column One/Column Two Correct Coding'.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8558.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8558, 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/R2892CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2892, CR 8558

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.

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Clics Rápidos

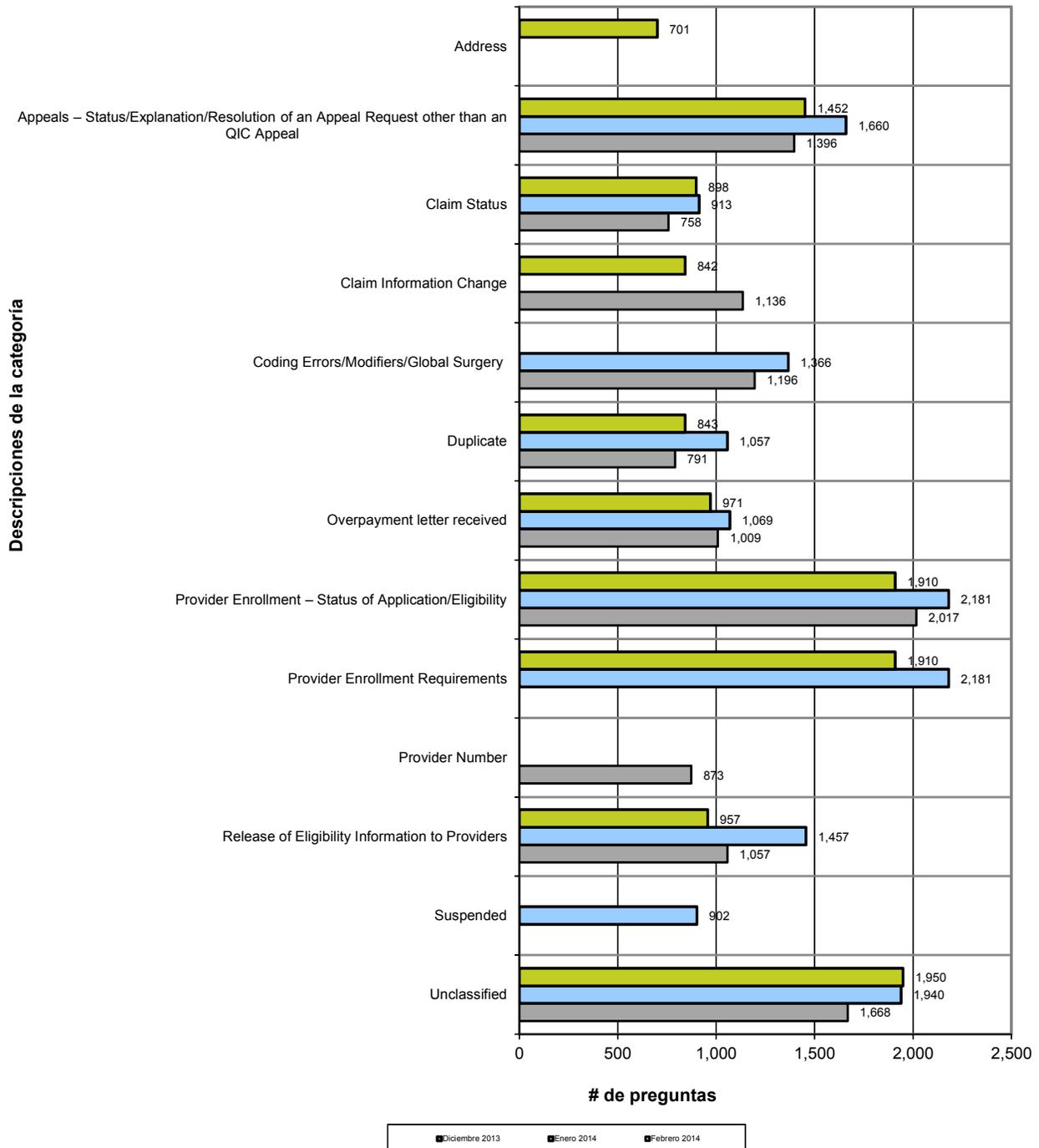
¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de Clics Rápidos. Localizado en el lado derecho de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más importantes en el sitio – con un solo clic. Vea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

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

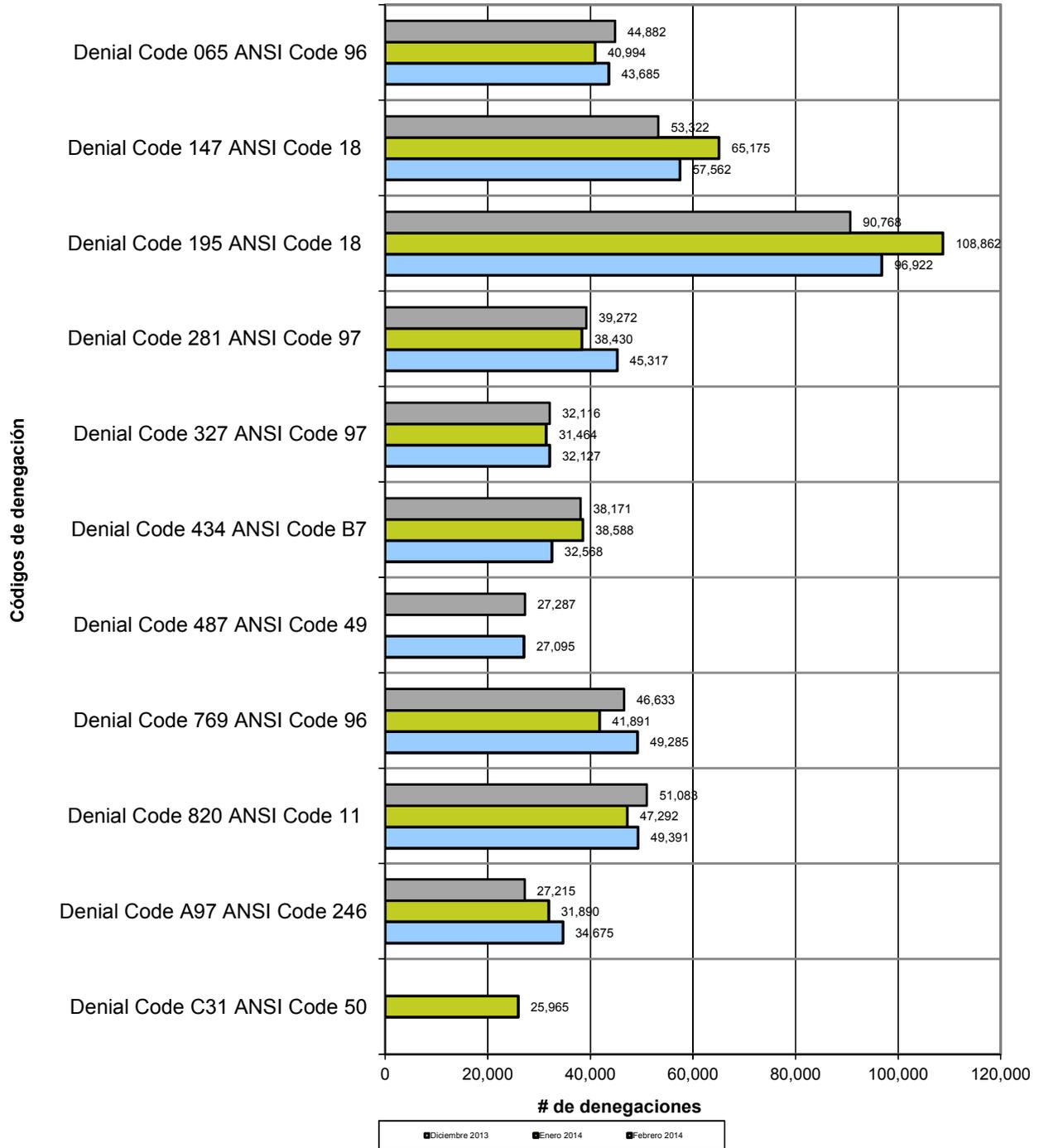
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

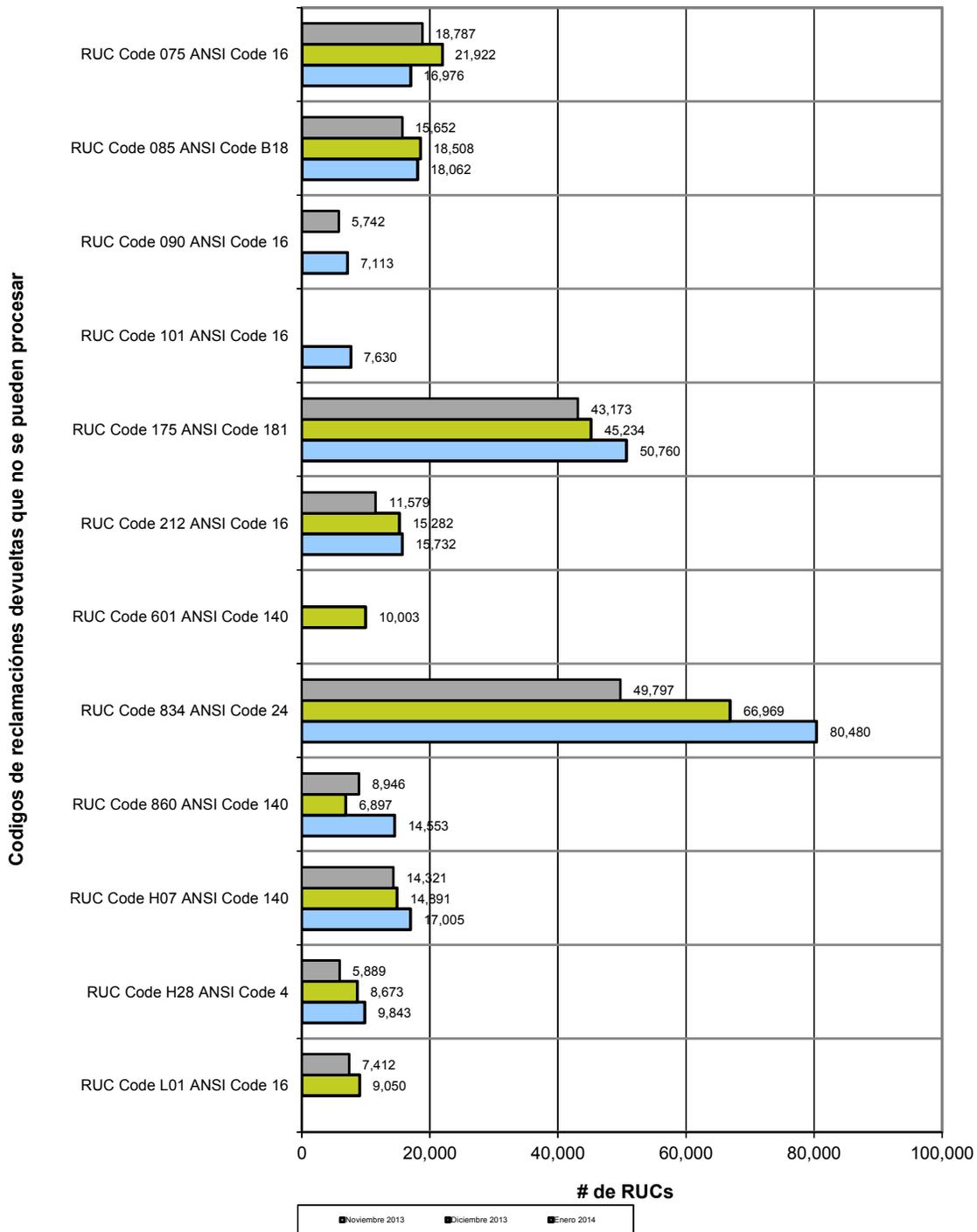
Preguntas de Parte B más frecuentes en diciembre de 2013 - febrero de 2014



Denegaciones de Parte B más frecuentes en diciembre de 2013 - febrero de 2014



RUC de Parte B más frecuentes en diciembre de 2013 - febrero 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 First Coast 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

Contenido

Revisiones a las LCD existentes

Pegfilgrastim (Neulasta®).....	43
Skin substitutes	43
Molecular pathology procedures for human leukocyte antigen (HLA) typing	43

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**.

¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Revisiones a las LCD existentes

Pegfilgrastim (Neulasta®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29254 (Florida)

Identificador de LCD: L29463 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para pegfilgrastim (Neulasta®) fue más recientemente revisada el 7 de febrero de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para agregar el código de diagnóstico 209.30 de ICD-9-CM (Malignant poorly differentiated neuroendocrine carcinoma, any site [carcinoma maligno neuroendocrino pobremente diferenciado, en cualquier sitio]) bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”. Además, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para 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 de 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](#).

Skin substitutes – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29279 (Florida)

Identificador de LCD: L29393 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para sustitutos de piel fue revisada más recientemente el 1 de enero de 2014. Desde entonces, en base a información de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) relacionada a la petición de cambio (CR) 7909 (actualización anual del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud [HCPCS] 2013), el código HCPCS C9367 (Skin substitute, endoform dermal template, per square centimeter) es un código eliminado. Por lo tanto, la sección “CPT®/HCPCS Codes” (“códigos CPT®/HCPCS”) de la LCD bajo la subsección “The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products” (“los siguientes códigos HCPCS no son pagables por separado y son considerados

productos médicamente no razonables y necesarios”) ha sido revisada para eliminar el código HCPCS C9367, ya que este ya no es un código HCPCS válido.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 13 de febrero de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2013**. 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](#).

Molecular pathology procedures for human leukocyte antigen (HLA) typing – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33732 (Florida/ Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el procedimiento de tipificación de patología molecular para el antígeno leucocitario humano (HLA) fue efectiva el 7 de octubre de 2013. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-9-CM 287.30 (Primary thrombocytopenia unspecified [trombocitopenia primaria no especificada]) y 287.49 (Other secondary thrombocytopenia [otra trombocitopenia secundaria]) bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”. Además, fue revisada la sección de la LCD “CMS National Coverage Policy”.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 20 de marzo de 2014**, para servicios prestados **a partir del 7 de octubre de 2013**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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](#).

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 (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; se requieren pagos por separado para la compra de cuentas diferentes.

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

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

First Coast – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

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

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

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

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

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

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

Comunicaciones

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

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

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

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

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

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

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

Reclamaciones electrónicas

(EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas
 Medicare EDI. P. O. Box 44071
 Jacksonville, FL 32231-4071

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

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

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

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

Educación al proveedor
Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/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

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

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

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

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

Números telefónicos

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

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

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

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

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

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

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

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

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

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

Sitios Web de Medicare Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

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

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

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (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

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

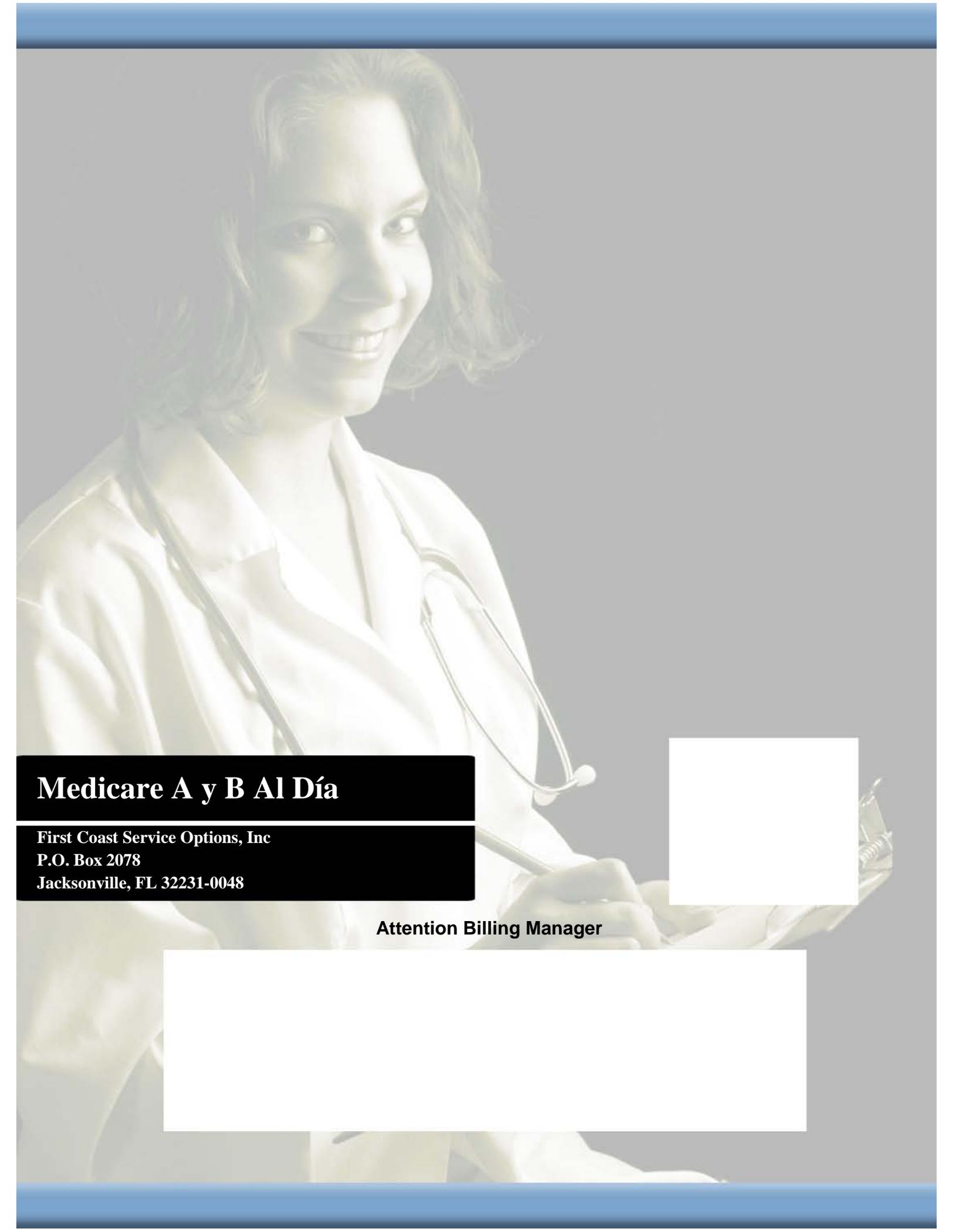
Opción 6 - línea de respuesta automática

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