

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Abril 2014



En esta edición

Clarificación en el 'Medicare Benefit Policy Manual' ...	5
Nueva fecha de cumplimiento de ICD-10	6
Reaperturas y apelaciones de reclamaciones.....	11
Cartas de denegación de servicios	13
Periodo de la cirugía global postoperatoria.....	23
Nuevas pruebas con dispensa	25

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

Número de *MLN Matters*: MM8629 Revisado
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

Este artículo fue revisado el 10 de abril para reflejar los cambios realizados a la petición de cambio (CR) 8629 el 9 de abril. En el artículo, el número de transmisión, la fecha de lanzamiento de la CR, y la dirección Web para la CR se revisaron. El resto de información no se ha modificado.

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 se acomoden a 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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Apelaciones

Apelaciones para las reclamaciones canceladas.....	3
--	---

Facturación

NCD para PET beta amiloide en demencia y la enfermedad neurodegenerativa.....	4
La reducción obligatoria de pago de “se-cuestro” del 2 por ciento continua.....	4
Implementación de la regla de fase III CORE 360 CARC y RARC.....	5
Clarificación en el ‘Medicare Benefit Policy Manual’.....	5

Intercambio electrónico de datos

Actualizaciones de los códigos de denegación de ajuste de reclamación.....	6
--	---

ICD-10

CMS fija la nueva fecha de cumplimiento de ICD-10.....	6
--	---

MSP

Actualización de la información del beneficiario.....	7
---	---

Servicios de Rehabilitación

Terminará la revisión médica manual de los servicios de terapia.....	7
--	---

Tarifa fija

Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas.....	8
Revisada actualización de 2014 para tarifas fijas de laboratorio clínico.....	8

Eventos educativos

Calendario de eventos.....	9
MLN Connects™ Provider e-News de CMS.....	10

Parte A

Cobertura

Aprepitant para la emesis.....	11
--------------------------------	----

Documentación médica

Reaperturas y apelaciones de reclamaciones de pacientes internos.....	11
Aclaraciones sobre “investigación y educación”.....	12

Facturación

CMS eliminará el CWF.....	12
Cartas de denegación de servicios de instituciones religiosas.....	13
Implementación de las políticas de pago de CMS-1599-F.....	13
Ajustes de las reclamaciones.....	14

Problemas de procesamiento

Los códigos G0463 y 97610 están rechazando incorrectamente las reclamaciones.....	14
---	----

PPS

Designaciones de nivel en la supervisión de hospital para pacientes.....	14
--	----

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	15
-------------------------------	----

Rechazos más frecuentes.....	16
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....	17

Determinaciones Locales de Cobertura

Parte A

Revisiones a las LCD existentes

Bortezomib (Velcade®).....	19
Intravenous immune globulin.....	19
Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services.....	19
Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT).....	20

LCD retiradas

Tositumomab and iodine I 131 tositumomab (Bexxar®) therapy.....	20
---	----

Contactos Parte A de Puerto Rico.....

Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....

Parte B

ASC

Actualización de abril de 2014 del sistema de pago de ASC.....	23
--	----

Cobertura

Periodo de la cirugía global postoperatoria.....	23
--	----

Facturación

Ajuste de reclamaciones que previamente habían sido reducida.....	24
Pagos en exceso incorrectos y denegaciones para algunas reclamaciones.....	25

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa.....	25
----------------------------------	----

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	26
Denegaciones más frecuentes.....	27
Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables.....	28

Determinaciones Locales de Cobertura

Parte B

Bortezomib (Velcade®).....	30
Independent diagnostic testing facility (IDTF).....	30
Intravenous immune globulin.....	31
Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services.....	31
Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT).....	31

LCD retiradas

Tositumomab and iodine I 131 tositumomab (Bexxar®) therapy.....	32
---	----

Ordenar materiales de Parte B.....

Contactos Parte B de Puerto Rico.....

Contactos Parte B de Florida.....

Contactos Parte B Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 4
Abril de 2014

Publications staff

Kathleen Cruz
Sofía Lennie
Terri Drury
Martin Smith
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

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

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

Apelaciones

Apelaciones para las reclamaciones canceladas relacionadas con los beneficiarios de Medicare clasificados como “ilegalmente presentes” en los Estados Unidos

En algunos casos, las reclamaciones presentadas por los beneficiarios determinados como ilegalmente presentes en los Estados Unidos fueron reprocesadas sin ofrecer derechos de apelación sobre los pagos en exceso resultantes. Vea el [artículo de MLN Matters® #MM8009](#); “New Informational Unsolicited Response (IUR) Process to Identify Previously Paid Claims for Services Furnished to Medicare Beneficiaries Classified as “Unlawfully Present” in the United States.” (Nueva respuesta informativa no solicitada (IUR); proceso para Identificar las reclamaciones pagadas previamente por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare clasificados como “ilegalmente presentes” en los Estados Unidos.) Además, en algunos casos en los que se ofrecían los derechos de apelación sobre las reclamaciones reprocesadas, las apelaciones fueron no procesadas de forma adecuada.

Los proveedores y suplidores tienen derecho a presentar apelaciones para estas reclamaciones reprocesadas, y las apelaciones deberán ser procesadas para estas reclamaciones incluso si no se ofrecieron inicialmente los derechos de apelación. Los proveedores y suplidores tienen derecho a presentar una solicitud de redeterminación dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha más avanzada ya sea (a) la fecha de recepción de la remesa de pago que indica la recuperación del pago de tales servicios, o (b) el 1 de abril de 2014.

En los casos en que se denegó una solicitud de redeterminación de esos servicios, los proveedores y suplidores tienen derecho a volver a presentar su solicitud en un plazo dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha más avanzada ya sea (a) la fecha de recepción de la carta o notificación por parte de su contratista administrativo de Medicare (MAC) negándole el procesamiento de la apelación, o (b) el 1 de abril de 2014.

Si la solicitud de redeterminación de tales servicios resultó en una notificación de desestimación de su MAC, los proveedores y suplidores podrán solicitar que se renuncie a esta desestimación. Las solicitudes para renunciar a la desestimación deben ser presentadas con su MAC dentro de los seis meses de la fecha más avanzada de (a) la fecha de recepción de la notificación de desestimación, o (b) el 1 de abril de 2014, siempre que la solicitud para la revisión de la desestimación no sea presentada con el contratista independiente calificado (QIC). Cualquier solicitud pendiente ante el QIC será reprocesada por el QIC.



En los casos en los que la solicitud de redeterminación de esos servicios fue procesada por su MAC, los proveedores y los suplidores tienen derecho a solicitar la reapertura de la decisión de redeterminación dentro la fecha más avanzada ya sea (a) un año de la fecha de recepción de la notificación de redeterminación, o (b) el 1 de octubre de 2014 si ellos están en desacuerdo con la decisión de redeterminación, siempre que una solicitud de reconsideración no haya sido presentada con el QIC. Cualquier solicitud pendiente ante el QIC será procesada por el QIC.

Para cualquier solicitud de apelación, solicitud de reapertura de una decisión de apelación, o solicitud de notificación de desestimación en la que se canceló la reclamación original, los proveedores deben presentar una reclamación en papel que reproduzca la reclamación original cancelada con su apelación o solicitud de reapertura. La no presentación de una reclamación en papel con la apelación o solicitud de reapertura resultará en retrasos para hacer efectivas las decisiones de apelación favorables.

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

Facturación

NCD para PET beta amiloide en demencia y la enfermedad neurodegenerativa

Número de *MLN Matters*: MM8526 revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8526
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de marzo de 2014
 Fecha de efectividad: 27 de septiembre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: 2915CP/164NCD
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Este artículo fue revisado el 4 de abril para reflejar la petición de cambio revisada (CR) 8526 emitida el 27 de marzo. En el artículo, la fecha de lanzamiento de la CR, los números de transmisión y las direcciones Web para acceder a las dos transmisiones de la CR 8526 fueron revisados.

Resumen

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8526, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2915CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R164NCD.pdf>.



Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2915, CR 8526 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 164, CR 8526

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

La reducción obligatoria de pago "secuestro" del 2 por ciento continua hasta el 31 de marzo de 2015

Para el sistema de pago por servicios mediante tarifa fija (FFS) de Medicare, las reclamaciones con fechas de servicio o fechas de alta a partir del 1 de abril de 2013, seguirán incurriendo en una reducción del dos por ciento en los pagos de Medicare hasta el 31 de marzo de 2015.

Las reclamaciones de equipo médico duradero (DME), prótesis, ortóticos y provisiones médicas, incluidas las reclamaciones bajo el programa de oferta competitiva de DME, continuarán en la reducción de un dos por ciento con base en si la fecha de servicio, o la fecha de inicio para el alquiler de varios días de equipos o suministros, es a partir del 1 de abril de 2013.

El ajuste de pago de reclamaciones continuará aplicándose a todas las reclamaciones después de determinar el coaseguro, cualquier deducible aplicable,

y cualquier ajuste aplicable de Medicare como pagador secundario. Aunque los pagos de beneficiarios de los deducibles y el coaseguro no están sujetos a la reducción de pago del dos por ciento, el pago de Medicare para los beneficiarios por las reclamaciones no asignadas está sujeto a la reducción del dos por ciento.

CMS alienta a los médicos de Medicare, profesionales de la salud y proveedores que facturan reclamaciones sobre una base no asignada, a continuar las discusiones con los beneficiarios del impacto del secuestro del reembolso de Medicare. Las preguntas sobre el reembolso deben ser dirigidas a su [contratista administrativo de Medicare](#).

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

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

Número de *MLN Matters*: MM8518 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8518
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R1360OTN
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Este artículo fue revisado el 19 de marzo para reflejar la nueva petición de cambio (CR). La CR fue revisada para incluir los anexos para las versiones 3.0.3 y 3.0.4 de la lista de combinación de códigos de los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y los códigos de comentarios de remesa de pago (RARC). Además, los detalles de la fecha de implementación y los detalles de la CR también fueron reflejados en el cambio de la nueva CR. La fecha de implementación de los contratistas administrativos A/B de Medicare se ha retrasado al 5 de mayo de 2014.

Resumen

Para promover la implementación de transacciones electrónicas y lograr la reducción de costo y mejoras de eficiencia, la Ley de Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) ordena la adopción de un conjunto de reglas operacionales para cada una de las transacciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La ACA define las reglas operacionales y especifica la función de las reglas

operacionales en relación con los estándares. El conjunto de las reglas operacionales de la fase III de transferencia electrónica de fondos (EFT) CORE y remesa de pago electrónica (ERA) de la junta del cuidado de la salud de calidad asequible (Council for Affordable Quality Healthcare, CAQH) debe ser implementado el 1 de enero de 2014. El CAQH publicó la combinación del código versión 3.0.3 el 1 de octubre de 2013, el cual se basa en las actualizaciones de CARC y RARC de julio de 2013.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8518, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1360OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1360, CR 8518

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

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)



Clarificación en el 'Medicare Benefit Policy Manual' con respecto a los antígenos

La petición de cambio (CR) 8665 (transmisión 186) actualiza el Medicare Benefit Policy Manual para definir lo que es considerado un suministro razonable de antígenos.

Este cambio permite la consistencia con los requerimientos regulatorios. Un suministro razonable de antígenos no debe exceder más de un suministro de 12 meses para un paciente en particular en un momento determinado.

El propósito de esta limitación es asegurar que los antígenos retengan su potencia y efectividad sobre el periodo en el cual se van a administrar al paciente.

Para más detalles, aquí está el enlace a la [CR 8665](#) completa.

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

Intercambio electrónico de datos

Actualizaciones de los códigos de denegación de ajuste de reclamación y los códigos de comentarios de remesa de pago



Número de *MLN Matters*: MM8703
 Número de petición de cambio relacionado: 8703
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de abril de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2920CP
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron las actualizaciones de las listas de los códigos

de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y los códigos de comentarios de remesa de pago (RARC). Los códigos nuevos y modificados entrarán en vigor el 1 de julio de 2014. Además, CMS ha dado instrucciones a los mantenedores de sistemas de Medicare para actualizar el Medicare remit easy print (MREP) y PC Print en la misma fecha.

CMS realiza actualizaciones del grupo de códigos CARC y RARC tres veces al año. Se han añadido nuevos RARC para reflejar los ajustes de pago del proveedor para los programas de incentivos del sistema de reporte de calidad médica (PQRS) y el registro de salud electrónico (EHR). Otros códigos añadidos en julio a la lista incluyen:

- (N705) documentación incompleta/invalida
- (N706) falta documentación
- (N718) falta documentación del examen cara a cara

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8703.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8703, 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/R2920CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2920, CR 8703

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 regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

ICD-10

CMS fija la nueva fecha de cumplimiento de ICD-10 para el 1 de octubre de 2015

El 1 de abril de 2014, el Protecting Access to Medicare Act de 2014 (PAMA) (Pub. L. No. 113-93) fue decretado, lo cual dice que el Secretario no puede adoptar ICD-10 antes del 1 de octubre de 2015. En consecuencia, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.U. espera publicar una regla final provisional en un futuro cercano que incluirá una nueva fecha de cumplimiento que requerirá el uso de ICD-10 comenzando el 1 de octubre de 2015. La regla también requerirá que las entidades cubiertas por HIPAA continúen usando ICD-9-CM hasta el 30 de septiembre de 2015.

Pruebas integrales de ICD-10 de julio 2014

canceladas: Pruebas adicionales planificadas para el 2015.

CMS planificó realizar las pruebas de ICD-10 durante la semana del 21-25 del julio de 2014, para darle a un grupo representativo la oportunidad de participar en las pruebas integrales con los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y el contratista del intercambio electrónico común de datos (CEDI). Las pruebas de julio han sido canceladas debido al retraso de la implementación de ICD-10. Oportunidades adicionales para las pruebas integrales estarán disponibles en 2015.

MSP

Actualización de la información del beneficiario con el “centro de recuperación y coordinación de beneficios”

Número de *MLN Matters*: SE1416
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los proveedores médicos han planteado preguntas a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en relación con la exactitud de la información de los beneficiarios de Medicare como pagador secundario (MSP) en el archivo común de trabajo (CWF), así como algunas preocupaciones con respecto a quién es el responsable de mantener dicha información actualizada.

CMS ha publicado recientemente directrices para la actualización de información del beneficiario cuando un paciente está cubierto por un seguro de salud adicional aparte de Medicare. Para reducir este tipo de conflictos en el futuro, CMS ha desarrollado e implementado un proceso de “jerarquía de reportes” para la gestión de datos. Una explicación de las normas de jerarquía se puede encontrar dentro de MMSEA sección 111 GHP User Guide disponible en <http://go.cms.gov/MIRGHPUserGuide>.

Cambios clave

Este artículo reemplaza el artículo de edición especial *MLN Matters*® SE1205, publicado en la edición de febrero de 2012 de *Medicare A y B Al Día*. No hay cambios en los procesos descritos en *SE1205*. Dentro de los cambios clave, el contratista de coordinación de beneficios (COBC) cambió su nombre a centro de recuperación y coordinación de beneficios (BCRC). Este cambio incluye nueva información de contacto y una nueva dirección Web.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1416.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1416

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 regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Servicios de rehabilitación

Terminará la revisión médica manual de los servicios de terapia

A partir del 15 de abril de 2014, First Coast discontinuará la revisión médica manual para reclamaciones de terapia. Esto no aplica a las reclamaciones con fechas de servicio del 2013.

El Middle Class Tax Relief and Job Creation Act de 2012 (MCTRJCA) estableció un requisito para la revisión médica manual obligatoria de los servicios de terapia para las fechas de servicio del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2012, para terapia física/patología del habla y del lenguaje o servicios de terapia ocupacional por encima de

\$3,700. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los contratistas administrativos de Medicare notifiquen a los proveedores mediante la publicación en su sitio Web cuando hayan dejado de realizar las revisiones. Este artículo sirve como notificación.

Para obtener información adicional sobre el proceso de aprobación previa, consulte la *petición de cambio 8036* y el artículo revisado de *MLN Matters*® *MM8036* relacionado.

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

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.

Tarifa fija

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 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8664
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de abril de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2923CP
 Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Este artículo fue revisado el 8 de abril para reflejar la solicitud de cambio revisada (CR) 8664, publicada el 4 de abril. La CR fue revisada para reflejar que el Presidente firmó como ley el "Protecting Access to Medicare Act de 2014" el 1 de abril de 2014, evitando la expiración de la actualización de 0.5 por ciento para el factor de conversión de tarifas fijas de médicos y el mínimo de trabajo de 1.0 GPCI, que ahora se mantendrá en efecto hasta el 31 de diciembre de 2014. Los detalles de la CR fueron revisados.

Resumen

La [petición de cambio 8664](#) modifica archivos de pago para el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014 programados para el 7 de abril de 2014. En esta actualización, las unidades de valor relativo de gasto en prácticas que son centros y que no son (PE RVU) para el componente técnico y global del código de procedimiento 77293 se ajustaron. Este ajuste resultará en nuevas asignaciones para 77293 y 77293TC, efectivo el 1 de abril. **Nota:** El Presidente firmó como ley el "Protecting Access to Medicare Act de 2014" el 1 de abril

Revisada actualización de 2014 para tarifas fijas de laboratorio clínico

Número de *MLN Matters*: MM8695
 Número de petición de cambio relacionado: 8695
 Fecha de emisión CR relacionado: 28 de marzo de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2916CP
 Fecha de implementación: 30 de junio de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron las tarifas fijas de laboratorio clínico de 2014 para incluir varios códigos que fueron dejados por fuera de forma inadvertida, en los archivos anteriores de tarifas fijas de 2014. A los códigos revisados se les asignó un modificador "QW" para identificar los códigos y determinar el pago de las pruebas realizadas por un laboratorio que tiene un certificado de exención bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA). En la revisión, CMS también corrige una supervisión técnica que llevó a la declaración errónea de varios precios en las tarifas fijas. Los códigos existentes que han sido recalculados para que la cantidad nacional de limitación (NLA) sea corregida incluyen: 80160, 82017, 82136, 82139, 82261, 82270, 82271, 82271QW, 82272, 82272QW, 82274, 82274QW,

de 2014, evitando la expiración de la actualización de 0.5 por ciento para el factor de conversión de tarifas fijas de médicos y el mínimo de trabajo de 1.0 GPCI, que ahora se mantendrá en efecto hasta el 31 de diciembre de 2014. De acuerdo con el Medicare Claims Processing Manual (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto se debe considerar 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/R2923CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2923, CR 8664

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

82379, 83013, 83080, 85576, 85576QW, 86355, 86357, 86359, 86367, G0123, G0328 y G0328QW.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8695.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8695, 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/R2916CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2916, CR 8695

Nota aclaratoria: Este se brinda como servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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 un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos se evalúen los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Mayo de 2014

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>

Reglas de Medicare para las admisiones de hospitalización

Cuando: 22 de mayo de 2014

Hora: 1:30 p.m.- 3:00 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: español

Dirigido a: Florida

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/269164.asp>

Junio de 2014

Notificación anticipada al beneficiario sobre no cobertura

Cuando: 11 de junio de 2014

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

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/269305.asp>

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: _____

Revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcso.com> para detalles y nuevos eventos educativos o llame a la línea de inscripción de First Coast 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes.



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 sea 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, 3 de abril de 2014 – <http://go.usa.gov/KJRh>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 10 de abril de 2014 – <http://go.usa.gov/kgMH>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 17 de abril de 2014 – <http://go.usa.gov/kkfk>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 24 de abril de 2014 – <http://go.usa.gov/kPsh>

Cobertura

Aprepitant para la emesis inducida por la quimioterapia

Número de *MLN Matters*: MM8418 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8418
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de abril de 2014
Fecha de efectividad: 29 de mayo de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R185BP, R2931CP y R165NCD
Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Este artículo fue revisado el 16 de abril de 2014, para reflejar la CR8418 revisada, emitida el 15 de abril. En el artículo, la fecha de lanzamiento de la CR, los números de transmisión, y las direcciones Web para acceder a las transmisiones fueron revisados. Además, hemos eliminado las referencias a los códigos HCPCS expirados. El resto de la información sigue siendo la misma.

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/R185BP.pdf>, <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2931CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R165NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 185, CR 8418, CMS Pub. 100-04, Transmittal 2931, CR 8418 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 165, CR 8418

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

Documentación médica

Reapertura y apelaciones de reclamaciones de pacientes internos 'investigar y educar'

El 2 de agosto de 2013, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una regla final, [CMS-1599-F](#), actualizando las tarifas y las políticas de pago de Medicare del año fiscal (FY) 2014 bajo el sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) y el sistema de pagos prospectivos del hospital de cuidado prolongado (LTCH PP). La regla final modifica y clarifica la política tradicional de CMS sobre cómo los contratistas de Medicare revisan las admisiones hospitalarias y al hospital de cuidado crítico (CAH) para propósitos de pago. CMS posteriormente publicó orientación el [5 de septiembre de 2013](#), y el [30 de enero de 2014](#) que clarificó la orden médica y los requerimientos de certificación para las admisiones hospitalarias. CMS está solicitando que los MAC vuelvan a revisar las denegaciones de reclamación bajo el proceso de "investigar y educar" para asegurar que la decisión de reclamación y la educación subsiguiente sea consistente con las más recientes clarificaciones. El MAC puede revertir su decisión y emitir el pago fuera del proceso de apelación si el MAC determina que una reclamación es pagable al volver a ser revisada por el MAC. CMS exhorta a los proveedores a trabajar con sus MAC para determinar si

una reclamación ha experimentado un ajuste final (ha sido revisada nuevamente) antes de presentar una apelación. Para asegurar que el proceso de una nueva revisión no afecte la presentación de una apelación a tiempo de una reclamación denegada, CMS eximirá el marco de tiempo de 120 días para presentar solicitudes de redeterminación recibidas antes del 30 de septiembre de 2014, para las denegaciones de reclamaciones bajo el proceso de "investigar y educar" que ocurrieron a partir del 30 de enero de 2014.

Las denegaciones de reclamaciones bajo el proceso de "investigar y educar" que ocurrieron a partir del 30 de enero de 2014, para las cuales una apelación ha sido presentada también serán sujetas a una nueva revisión. Las reclamaciones determinadas como pagables luego de ser revisadas nuevamente serán ajustadas según sea correspondiente. Las reclamaciones para las cuales la denegación es confirmada serán transferidas a apelaciones automáticamente para una redeterminación. Los proveedores pueden acceder a los documentos del 5 de septiembre de 2013, y del 30 de enero de 2014, [aquí](#).

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

Aclaraciones sobre “investigación y educación”: plazos para la solicitud de educación y documentación adicional



Bajo la regla final [CMS-1599-F](#), o “dos medias noches”, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) han estado llevando a cabo una revisión del estatus de las investigaciones de pago adelantado del paciente en una muestra de 10 reclamaciones para la mayoría de los hospitales (25 reclamaciones para grandes hospitales) con fechas de admisión en o después del 1 de octubre de 2013.

Estas revisiones de “ investigación y educación “ están

Facturación

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

Número de *MLN Matters*: MM8248 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8248
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de abril de 2013
 Fecha de efectividad: 7 de abril de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1366OTN
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2012

Este artículo fue revisado el 10 de abril de 2014, para reflejar la CR8248 revisada que se publicó el 8 de abril. El artículo fue revisado para eliminar la referencia a las consultas que se terminaron en abril de 2014. La fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para el acceso a la CR también se cambiaron. El resto de la información sigue siendo la misma.

Resumen

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

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

siendo llevadas a cabo para evaluar la comprensión y el cumplimiento del proveedor de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de la política de pacientes hospitalizados y las admisiones del hospital de acceso crítico (CAH). Con base en los resultados de las revisiones iniciales, los MAC realizarán esfuerzos educativos individualizados y repetirán el proceso si es necesario.

Los MAC están empezando la parte de educación del proceso y han sido instruidos para permitir a los proveedores 45 días antes de que se solicite la documentación adicional. Este plazo de 45 días dará a los hospitales más tiempo para poner en práctica estrategias encaminadas a incrementar el cumplimiento de la norma.

CMS ha dado instrucciones a los MAC que aquellos proveedores con una investigación incompleta y muestras educativas (es decir, menos de 10 o 25 reclamaciones seleccionadas y/o recibidas para su revisión) automáticamente se les ofrecerá educación y se pasarán a una segunda revisión de la investigación, independientemente de los resultados de la investigación de la primera revisión.

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

necesitarán utilizar otras funcionalidades de consulta, tal como el sistema de transacción de elegibilidad de HIPAA (HETS). En mayo de 2005, CMS implementó la transacción HETS para proveer consultas y respuestas de elegibilidad en conformidad con HIPAA. Los proveedores pueden acceder a la información de HETS a través del SPOT. Para inscribirse, por favor [haga clic aquí](#).

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8248, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R1366OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1366, CR 8248

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

Cartas de denegación de servicios de instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud no cubiertos por Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8559
Número de petición de cambio relacionado: 8559
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de abril de 2014
Fecha de efectividad: 14 de julio de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2930CP
Fecha de implementación: 14 de julio de 2014

Resumen

Las instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud (RNHCI) a veces proporcionan servicios a beneficiarios de Medicare sin cobertura de Medicare por los que el beneficiario puede buscar el pago de otro asegurador. El otro asegurador puede requerir una denegación de Medicare antes de emitir el pago por estos servicios. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron las ediciones del sistema de Medicare y las instrucciones de codificación de diagnóstico sobre el procesamiento de reclamaciones de RNHCI. CMS también añadió instrucciones sobre solicitudes de cartas de denegación cuando los RNHCI

proporcionan cuidado que no está cubierto por Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8559.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8559, 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/R2930CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2930, CR 8559

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

Implementación de las políticas de pago de CMS-1599-F para el paciente hospitalizado de Parte B

Número de *MLN Matters*: MM8666
Número de petición de cambio relacionado: 8666
Fecha de emisión CR relacionado: 21 de marzo de 2014
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R182BP
Fecha de implementación: 21 de abril de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid anunciaron la revisión de políticas relacionadas con el pago de servicios de pacientes hospitalizados de Parte B cuando se denegaron servicios de Parte A que no son médicamente necesarios. Medicare permitirá el pago bajo Parte B de todos los servicios de hospitalización razonables y necesarios de pacientes internos prestados si el beneficiario debió ser tratado como paciente ambulatorio del hospital en lugar de ingresar al hospital como paciente interno. Se aplican reglas de cobertura y pago de Parte B por servicios individuales. Se requiere que los hospitales mantengan la documentación para

respaldar los servicios prestados y facturados de Parte B.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8666.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8666, 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/R182BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 182, CR 8666

Nota aclaratoria: Este se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Puede contener referencias a enlaces a estatutos, regulaciones sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar un resumen general, no sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que se evalúen los estatutos y regulaciones así como cualquier 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. Esta suscripción incluye todos las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta septiembre 2014.

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

Ajustes de las reclamaciones de los centros de salud mental comunitaria para las tarifas de instalaciones provenientes de telesalud

Las reclamaciones de los centros de salud mental comunitaria (CMHC) para las tarifas de instalaciones provenientes de telesalud (código de procedimiento Q3014) procesadas desde el 7 de enero de 2013 hasta el 23 de febrero de 2014, fueron reembolsadas incorrectamente al 100 por ciento de los cargos facturados.

Estas reclamaciones se ajustarán en los próximos 90 días. Las reclamaciones procesadas a partir del 24 de febrero de 2014, se están pagando correctamente. La responsabilidad del beneficiario por el deducible y el coaseguro es correcta y está calculada con base en la suma de la tarifa fija. Ninguna acción es requerida por los CMHC.

Problemas de procesamiento

Los códigos G0463 y 97610 están rechazando incorrectamente las reclamaciones de pacientes externos para SNF CB

First Coast Service Options (First Coast) recientemente descubrió que el archivo común de trabajo estaba rechazando los ítems de línea de las reclamaciones de pacientes externos que contenían los códigos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) G0463 y/o 97610 por error como incluidos en la facturación consolidada del centro de enfermería especializada (SNF CB).

Coast pueda anular la edición que está afectando estas reclamaciones.

Estatus/fecha de resolución

Este proceso continuará hasta que los archivos de SNF CB de 2015 sean implementados.

Acción del proveedor

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) les han dado instrucciones a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) de no ajustar las reclamaciones impactadas previamente a menos de que los proveedores soliciten los ajustes a sus MAC para cualquier reclamación impactada.

Resolución

Las reclamaciones ahora serán suspendidas a una localidad designada cuando los códigos G0463 y/o 97610 estén presentes en la reclamación y la fecha de servicio sea en/después del 1 de enero de 2014, para que First

PPS

Designaciones de nivel en la supervisión de hospital para pacientes ambulatorios: 30 de abril, fecha límite para comentarios

Con base en las recomendaciones del panel sobre el pago de paciente ambulatorio de un hospital (HOP), en su reunión del 10 de marzo de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están proponiendo cambios en ciertos requisitos actuales en el nivel de supervisión de pacientes ambulatorios descritos en la regla final de 2012 para el sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios/centro quirúrgico ambulatorio.

Panel on Supervision Levels for Select Services".

Los comentarios pueden ser enviados a través de correo electrónico a HOPSupervisionComments@cms.hhs.gov hasta las 5 p.m. ET, el 30 de abril de 2014. Como se indica en la regla final, CMS considerará cualquier comentario y publicará las decisiones finales que serán efectivas el 1 de julio de 2014.

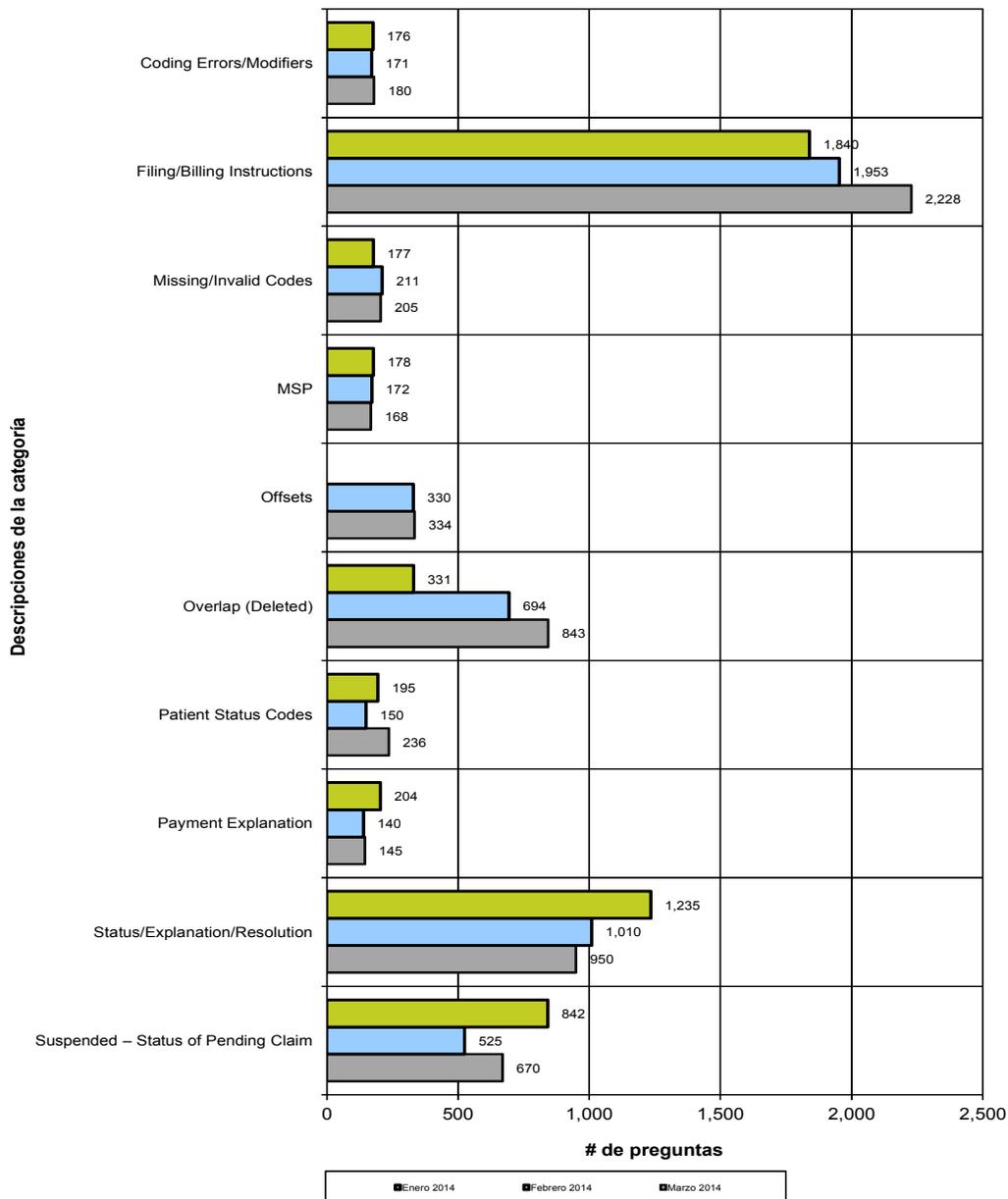
Los requerimientos del comentario abierto al público están descritos en "[CMS' Preliminary Decisions on the Recommendations of the Hospital Outpatient Payment](#)

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

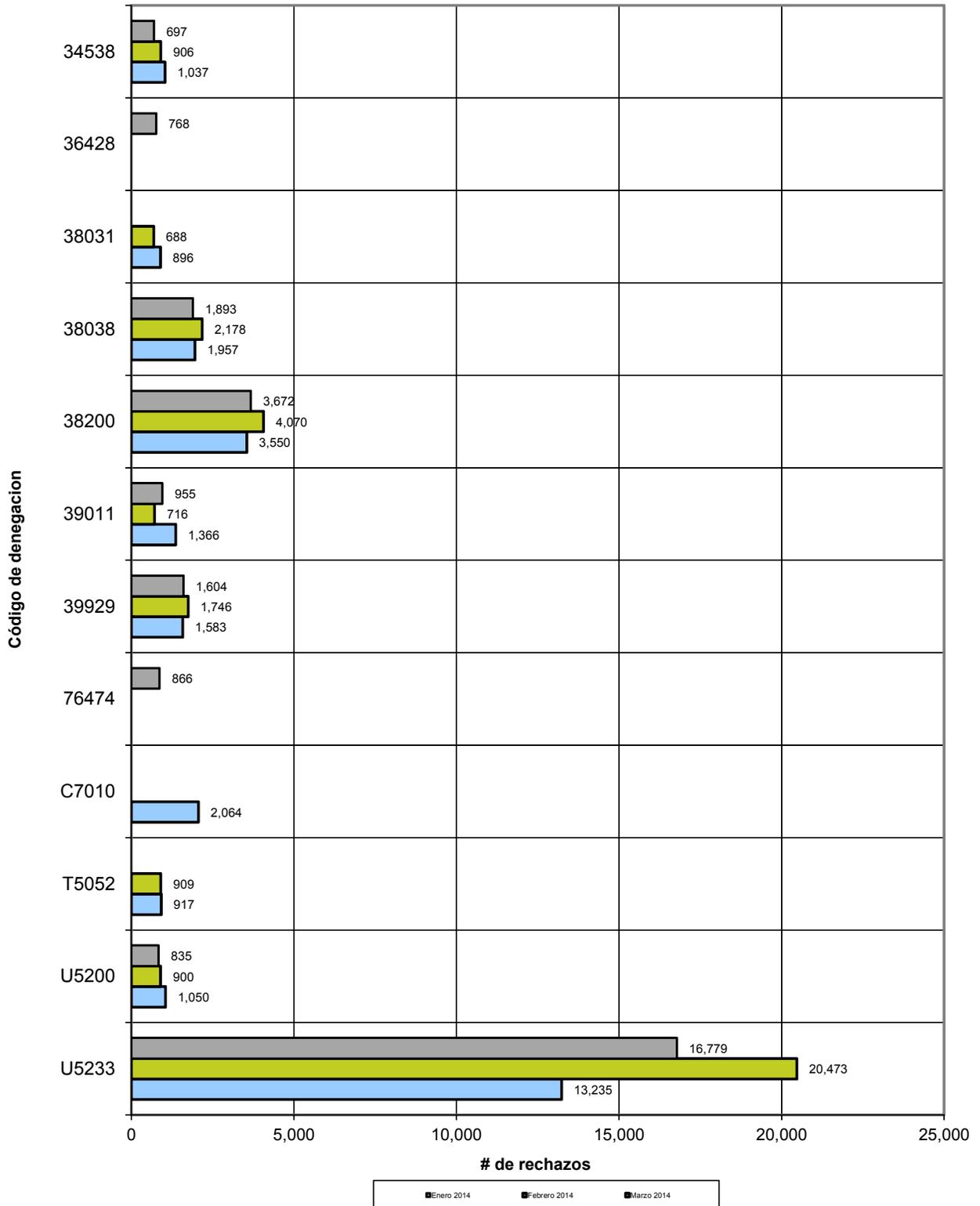
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en enero de 2014 - marzo de 2014

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 enero a marzo 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/.

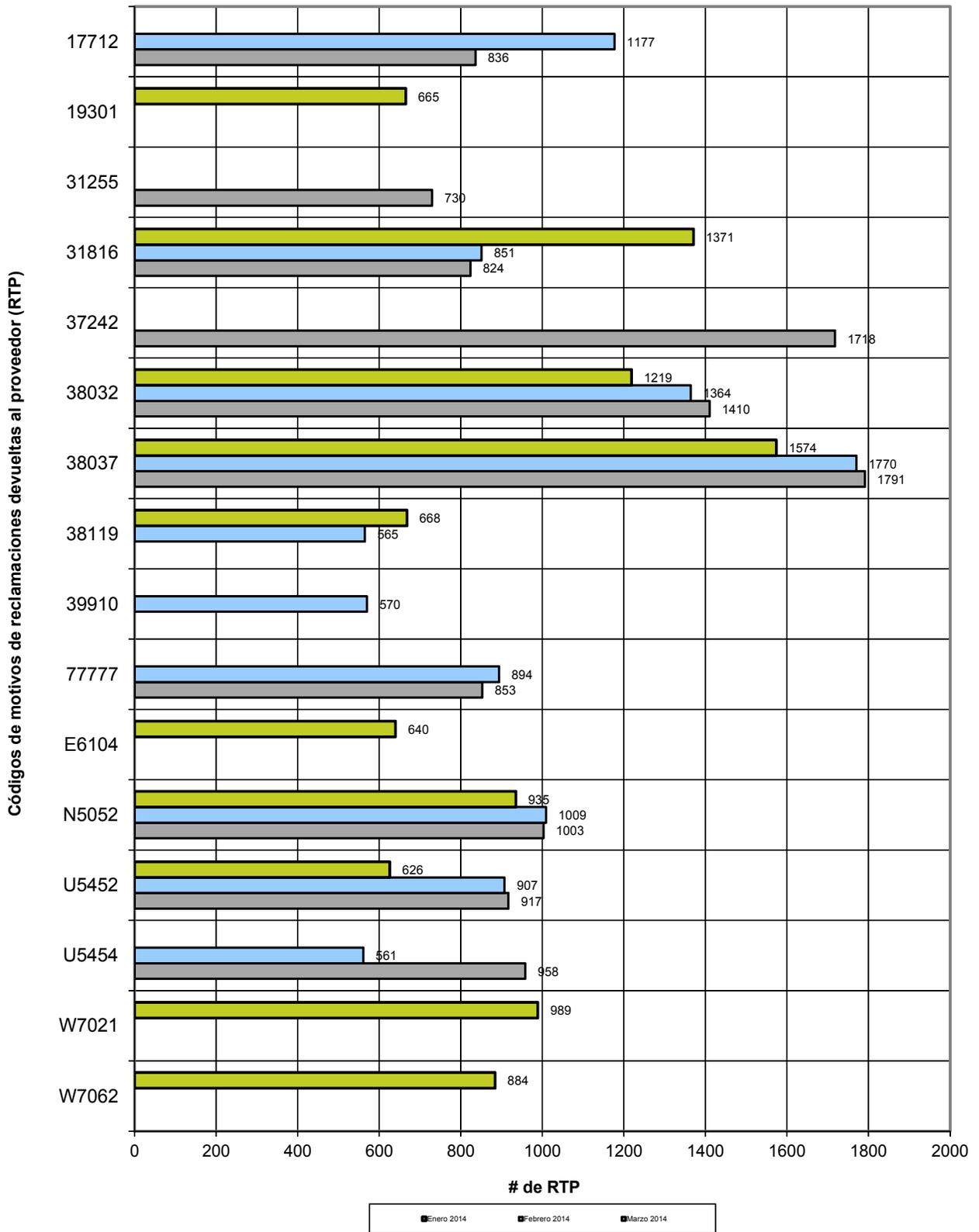
Preguntas de Parte A más frecuentes en enero-marzo de 2014



Rechazos más frecuentes de Parte A en enero-marzo de 2014



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

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

Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD de la Parte A

Identificador de LCD: L28787 (Florida)

Identificador de LCD: L28789 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para bortezomib (Velcade®) fue recientemente revisada el 25 de abril de 2012. Desde entonces, la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and /or Medical Necessity" fue revisada para agregar la indicación fuera de la etiqueta de amiloidosis sistémica de cadena ligera, y la sección de la LCD "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" fue actualizada para agregar el código de diagnóstico correlacionado 277.30. Además, fue actualizada la sección "Sources of Information and Basis for Decision".

Fecha de vigencia

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

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

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

Intravenous immune globulin – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28895 (Florida)

Identificador de LCD: L28917 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La más reciente revisión de la determinación de cobertura local (LCD) para la inmunoglobulina intravenosa fue el 1 de enero de 2014. Desde entonces, la LCD fue revisada bajo la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para añadir el código de diagnóstico 357.89 de ICD-9-CM (otra neuropatía inflamatoria y tóxica).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 30 de abril de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services – revisión a la LCD de la Parte A

Identificador de LCD: L33130 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de evaluación y diagnóstico psiquiátricos y de psicoterapia entró en vigencia para los servicios prestados en o después del 4 de junio de 2013. Desde entonces, la sección de la LCD "Documentation Requirements" y el anexo "Coding Guidelines" fueron revisados para proporcionar aclaraciones sobre psicoterapia como un servicio "incidente a" y aclaraciones sobre servicios prolongados.

Fecha de vigencia

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

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

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

Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L30364 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) para radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) fue revisada recientemente el 29 de noviembre de 2012. Desde entonces, la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” ha sido revisada para agregar el código de diagnóstico 198.7 (Secondary malignant neoplasm of other specified sites, adrenal gland [tumor maligno secundario de otros sitios especificados, glándula adrenal]) para los códigos de procedimiento G0173, G0251, G0339 y G0340 de SBRT para hacer que la codificación de ICD-9-CM sea congruente con el texto de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 4 de abril de 2014** para servicios prestados **a partir del 5 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

LCD retiradas

Tositumomab and iodine I 131 tositumomab (Bexxar®) therapy – retirada la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28994 (Florida) Identificador de LCD: L29026 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia con tositumomab e Iodine I 131 tositumomab (BEXXAR®) fue efectiva para los servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009 para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9. Actualmente, con base en la petición de cambio (CR) 8653 (actualización de abril de 2014 del sistema de pago prospectivo de hospital para paciente ambulatorio [HOPPS]), el indicador del estatus para el código HCPCS (Iodine I131 tositumomab, therapeutic, per treatment dose [Tositumomab Iodine I131, terapéutico, por dosis de tratamiento]) cambió a E (no cubierto). Por lo tanto, la LCD ha sido retirada.

Fecha de vigencia

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

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

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

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 próstéticos

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 prósticos, 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

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

ASC

Actualización de abril de 2014 del sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*: MM8675 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8675
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de abril de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2927CP
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

Este artículo fue revisado el 10 de abril de 2014, para reflejar la CR8675 revisada que se publicó el 10 de abril. En el artículo, la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para acceder a la CR fueron revisados. El resto de la información sigue siendo la misma.

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/R2927CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2927, 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.

Cobertura

Periodo de la cirugía global postoperatoria de 0, 10 y 90 días

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente realizó el análisis de datos para evaluar los códigos de procedimiento con un periodo global de 0, 10 y 90 días. Los resultados revelaron que los servicios fueron pagados de forma incorrecta durante el periodo global sin un modificador apropiado.

Definición del paquete de cirugía global

Según lo descrito en el manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), publicación 100-04 capítulo 12, secciones 40.1 y 40.2, campo 16 de la base de datos de tarifas fijas de Medicare (MFSDB) se proporcionan los periodos postoperatorios que se aplican a cada procedimiento quirúrgico. Las reglas de pago para los procedimientos quirúrgicos se aplican a los códigos con las entradas de 000, 010, 090 y algunas veces YYY. Los códigos con 090 en el campo 16 son cirugías mayores; los códigos con 000 o .010 son, o bien los procedimientos de cirugía menor, o endoscopias.

En la publicación de CMS IOM 100-04 capítulo 12, sección 40.3, la revisión de reclamaciones para cirugías

globales incluye las políticas de la iniciativa de codificación correcta y las ediciones informáticas adecuadas que permiten a los aseguradores detectar casos de facturación fragmentada para ciertos servicios intraoperatorios y otros servicios prestados en el mismo día de la cirugía que son considerados como componentes de la intervención quirúrgica.

Además de los cambios de codificación correctos, las ediciones prepago también permiten a los aseguradores detectar otros servicios incluidos en el pago de una cirugía mayor o menor o para una endoscopia. Las ediciones prepago identifican servicios que cumplen las siguientes condiciones:

Servicios preoperatorios presentados sobre la misma reclamación o en una reclamación posterior como el procedimiento quirúrgico o una endoscopia.

Servicios del mismo día o postoperatorios presentados en la misma reclamación o en una reclamación posterior como el procedimiento

Ver **PERIODO**, En la próxima página

PERIODO

De La Página Anterior

quirúrgico o una endoscopia.

Servicios que fueron prestados en el periodo global prescrito de la intervención quirúrgica.

Servicios dentro del periodo global prescrito del procedimiento quirúrgico que incluye los servicios facturados sin el modificador 78, 79, 24, 25 o 57 o son facturados con el modificador 24 pero sin la documentación requerida.

Los servicios que se facturan con el mismo proveedor o número de grupo que el procedimiento quirúrgico o endoscopia, editar para cualquier visita facturada por separado durante el periodo postoperatorio con el modificador 24 por un médico que factura por cuidados postoperatorios solamente con el modificador 55.

Modificadores

Modificador 57 reporta una decisión para realizar la cirugía antes de un procedimiento importante con un periodo global de 90 días.

Modificador 78 reporta los viajes de regreso a la sala de operaciones durante un procedimiento relacionado o tratamiento para las complicaciones durante un periodo postoperatorio.

Modificador 58 se utiliza para indicar un

procedimiento quirúrgico relacionado o por etapas realizado durante el periodo postoperatorio de la primera intervención. El médico debe indicar los servicios que se planificaron de manera prospectiva o en el momento del procedimiento original, más extenso que el procedimiento inicial o para la terapia seguida de un procedimiento quirúrgico de diagnóstico en el que un nuevo periodo postoperatorio comienza una vez que el siguiente procedimiento en la serie es facturado.

Modificador 79 reporta un procedimiento no relacionado por el mismo médico durante un periodo postoperatorio.

Modificador 24 reporta un procedimiento no relacionado de evaluación y manejo de servicios por el mismo médico durante un periodo postoperatorio.

Modificador 25 reporta servicios de evaluación y manejo de manera significativa, identificables por separado por el mismo médico en el día de un procedimiento para que se pueda hacer el pago por separado.

Respuesta de First Coast

En respuesta a los riesgos de errores en los pagos que se producen al presentar los servicios de cirugía global, First Coast mejorará la edición de la reclamación para detectar los servicios facturados incorrectamente.

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

Facturación

Ajuste de reclamaciones que previamente habían sido reducidas debido a la iniciativa de recetas electrónicas (eRx)

A los contratistas de Medicare se les requiere ajustar las reclamaciones que se redujeron previamente debido a la iniciativa de recetas electrónicas cuando los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) entregan un archivo a los contratistas que muestra que un proveedor prescribe electrónicamente de forma exitosa. Recientemente First Coast Service Options (First Coast) recibió un archivo de este tipo de CMS de las reclamaciones que requieren ajustes.

Los proveedores de Medicare comenzarán a recibir los pagos y estados de cuenta que hacen referencia a estos ajustes. Los números de control interno (ICN) para los ajustes aplicables comenzarán con 48 o 96. No es necesario que los proveedores llamen al centro de contacto acerca de estos pagos.

Para determinar si una reclamación fue ajustada debido a la iniciativa eRx, los proveedores pueden simplemente comparar la cantidad anterior permitida en su reclamación con la nueva cantidad permitida en el ajuste de su remesa de pago. Si la cantidad anterior permitida está entre 1 por ciento y 2 por ciento menos que el nuevo monto permitido, entonces el ajuste fue hecho para reembolsar al proveedor por la reducción que se tomó en su reclamación cuando la reclamación fue inicialmente procesada.

Para más información sobre el programa de la iniciativa eRx, por favor acceda a: <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ERxIncentive/index.html>.

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

Pagos en exceso incorrectos y denegaciones para algunas reclamaciones de visitas de paciente nuevo

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han identificado problemas relacionados con el procesamiento de las reclamaciones de visitas de paciente nuevo facturadas por el mismo médico o grupo de médicos dentro de los últimos tres años.

CMS ha determinado que las ediciones implementadas en octubre de 2013, generaron pagos en exceso incorrectos

y denegaciones para algunas reclamaciones. CMS emitirá reembolsos en cualquier compensación o recuperación de pagos e intereses en los próximos 90 días.

Para más antecedentes vea el artículo de *MLN Matters*® [MM8165](#).

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

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8705

Número de petición de cambio relacionado: 8705

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de abril de 2014

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2919CP

Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8705 informa a los contratistas de las pruebas con dispensa recién aprobadas por la Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, que requieren el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren un modificador QW para ser reconocidas como unas pruebas con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013 y 85651. Dado que estas pruebas se comercializan inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar adecuadamente las reclamaciones. Hay seis nuevas pruebas con dispensa de complejidad recientemente agregadas que se identifican en el archivo adjunto a la CR.

Si usted no tiene un certificado CLIA válido, actualizado y presenta una reclamación a su contratista de Medicare por un código que se considera que es una prueba de laboratorio que requiere un certificado CLIA, su pago de

Medicare puede ser impactado.

Nota: 83516QW ha sido asignado para la prueba de inmunoensayo para la detección visual, cualitativa de los niveles elevados de la proteína MMP-9 en las lágrimas humanas de pacientes con sospecha de ojo seco realizado mediante el Rapid Pathogen Screening, Inc.

InflammaDry.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8705.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8705, 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/R2919CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2919, CR 8705

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



Descubra su pasaporte al adiestramiento de Medicare



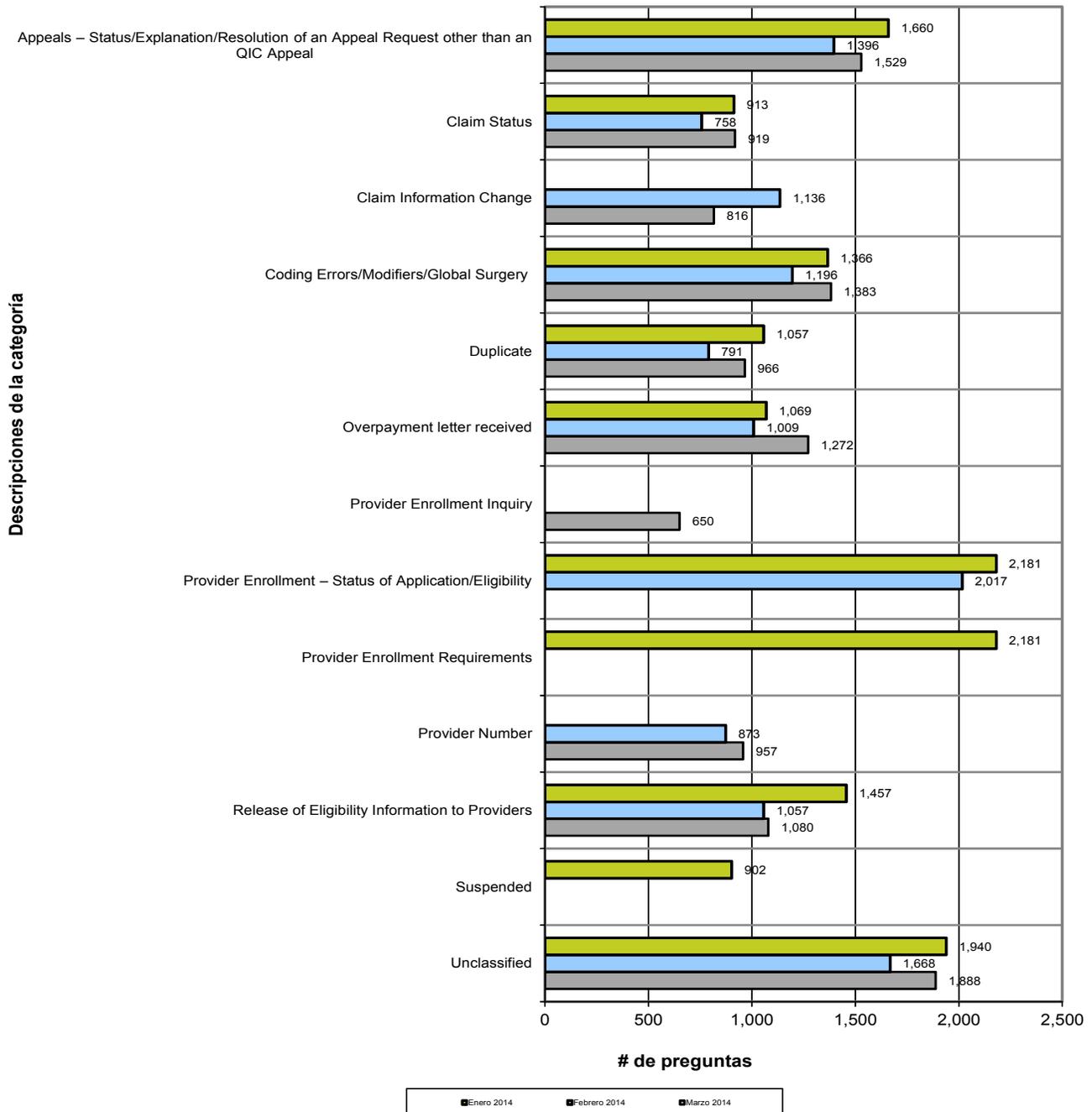
- Inscribase para eventos en vivo
- Explore cursos en línea
- Encuentre información de CEU
- Descargue eventos grabados

Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

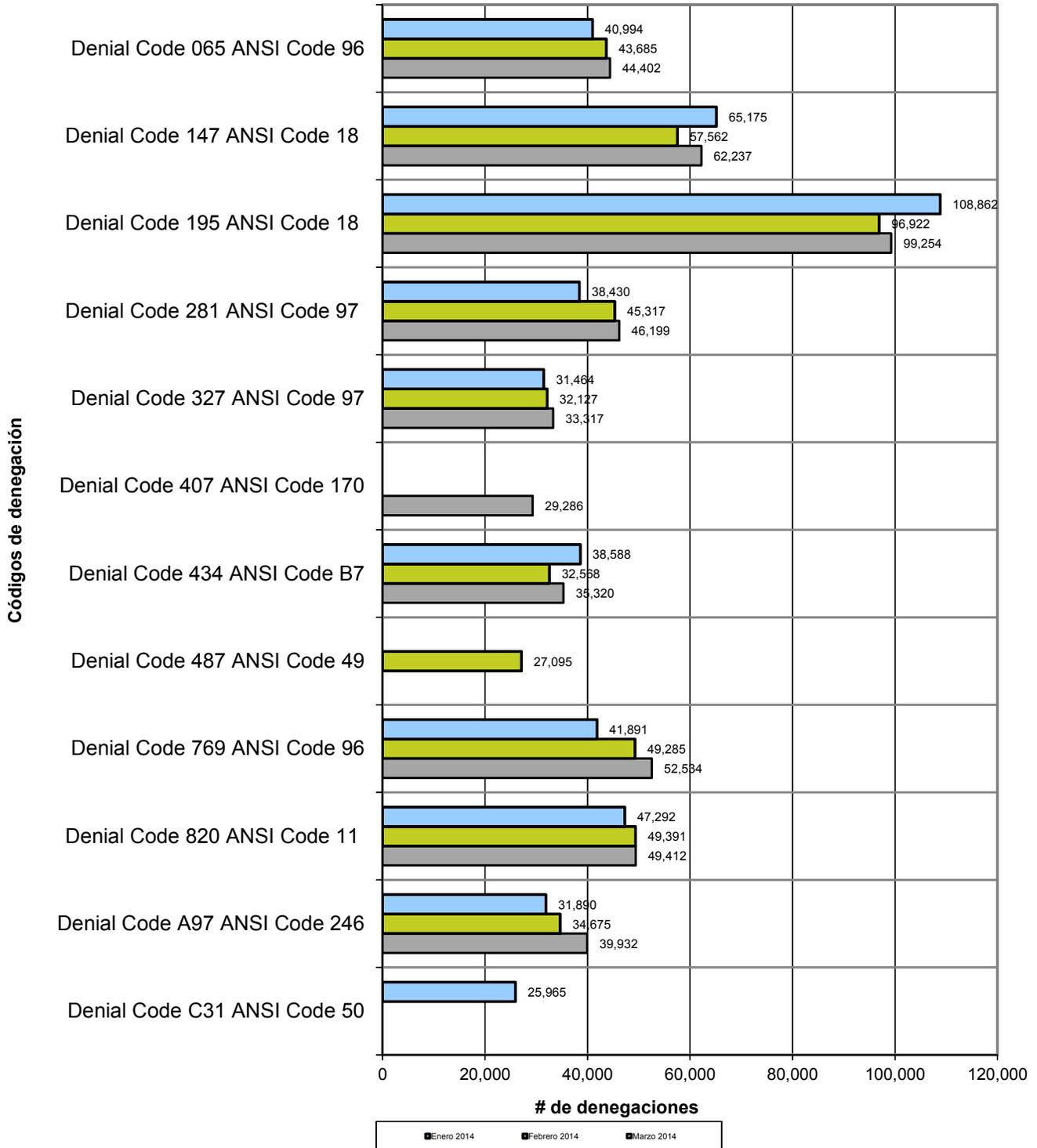
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en enero - marzo de 2014

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 enero a marzo 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/.

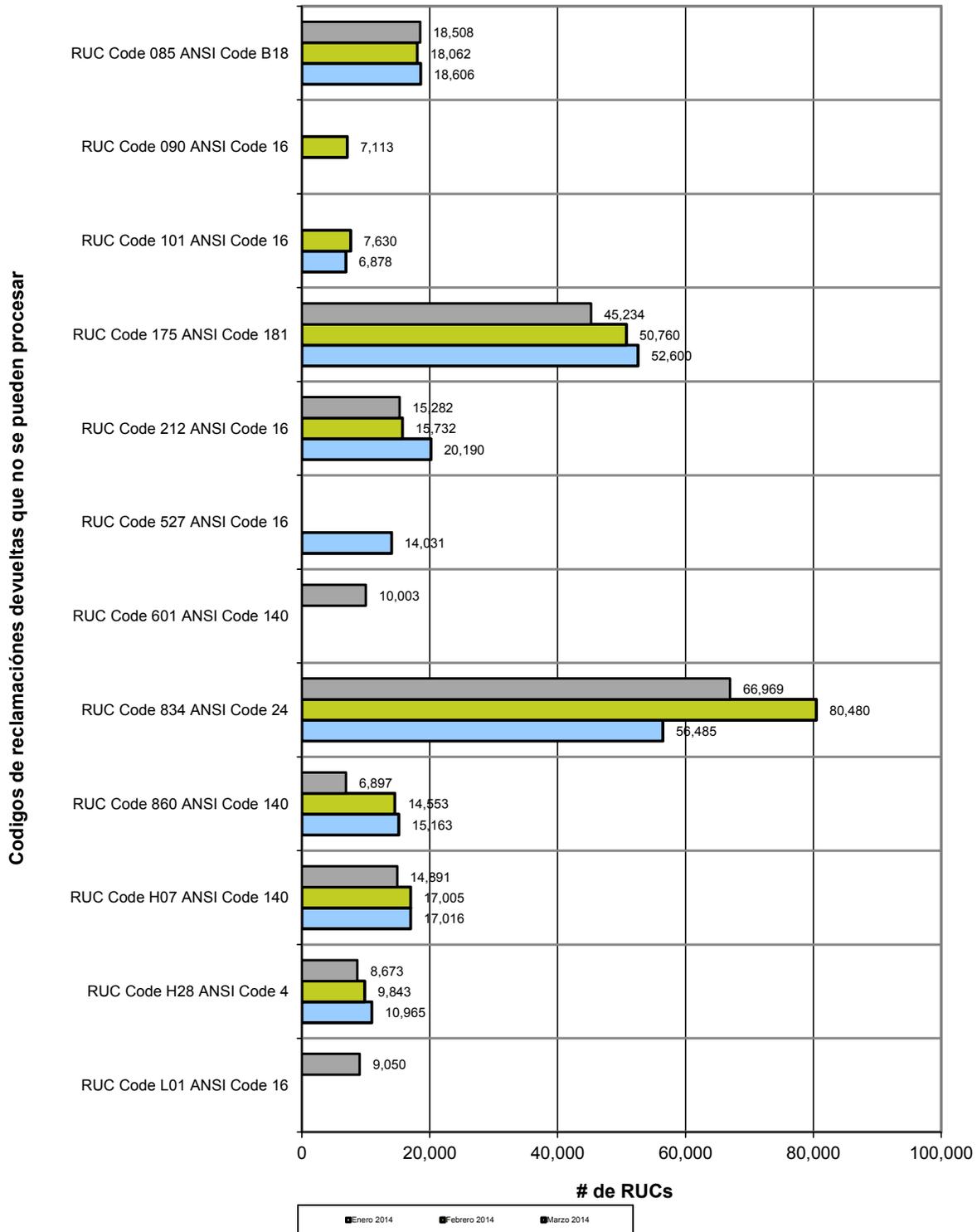
Preguntas de Parte B más frecuentes en enero-marzo de 2014



Denegaciones de Parte B más frecuentes en enero-marzo de 2014



RUC de Parte B más frecuentes en enero-marzo 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

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

Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD de Parte B**Identificador de LCD: L29087 (Florida)****Identificador de LCD: L29102 (Puerto Rico/
Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para bortezomib (Velcade®) fue recientemente revisada el 12 de abril de 2012. Desde entonces, la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and /or Medical Necessity” fue revisada para agregar la indicación fuera de la etiqueta de amiloidosis sistémica de cadena ligera, y la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para agregar el código de diagnóstico correlacionado 277.30. Además, fue actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 10 de abril de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión al archivo adjunto “pautas de codificación” de Parte B**Identificador de LCD: L29195 (Florida)****Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/
Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

El archivo adjunto “Coding Guidelines” (pautas de codificación) a la determinación de cobertura local (LCD) del centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) fue revisado en base a las solicitudes de correspondencia externa de clarificación sobre la supervisión médica de Medicare del indicador de estatus “9” (concepto no aplica) de procedimientos diagnósticos relacionados a ciertos procedimientos diagnósticos listados en la sección “Credentialing Matrix” (matriz de credenciales). La sección “Physician Supervision of Diagnostic Procedures” (supervisión médica de procedimientos de diagnóstico) ha sido revisada para aclarar que el mínimo nivel de supervisión médica es “supervisión general,” con ciertas excepciones listadas en la regulación (CFR 410.33). Adicionalmente, en base a la actualización de abril de la petición de cambio (CR) 8664 a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare (MPFSDB) del CY 2014, la sección “Credentialing Matrix” ha sido revisada para corregir el nivel de los indicadores de supervisión para los siguientes códigos de *Current Procedural Terminology*® (CPT®): 70450, 70460, 70551, 70552,

70553, 72141, 72142, 72146, 72147, 72148, 72149, 72156, 72157, 72158, 72191, 74174, 74175, 77002, 77003, 93880 y 93882.

Fecha de vigencia

La revisión al archivo adjunto “Coding Guidelines” relacionada a la clarificación sobre la supervisión médica de Medicare del indicador de estatus “9” de procedimientos diagnósticos es efectivo para los servicios prestados **a partir del 22 de abril de 2014**. La revisión al archivo adjunto “Coding Guidelines” relacionada a la CR 8664 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 7 de abril de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Intravenous immune globulin – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29205 (Florida)

Identificador de LCD: L29356 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La más reciente revisión de la determinación de cobertura local (LCD) para la inmunoglobulina intravenosa fue el 1 de enero de 2014. Desde entonces, la LCD fue revisada bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir el código de diagnóstico 357.89 de ICD-9-CM (otra neuropatía inflamatoria y tóxica). Adicionalmente, en base a la actualización anual del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) 2014, el nuevo código HCPCS J1556 (Injection, immune globulin [Bivigam] 500 mg) fue añadido a la LCD, por lo tanto, los códigos HCPCS J1599 (Injection, immune globulin, intravenous, non-lyophilized [e.g. liquid], not otherwise specified, 500 mg [inyección, inmunoglobulina, intravenosa, no liofilizada (por ejemplo líquido), sin otra especificación, 500 mg]) y J3490 (Unclassified drugs [medicamentos no clasificados]) están siendo removidos de la sección “CPT®/HCPCS Codes” de la LCD.

Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services – revisión a la LCD de la Parte B

Identificador de LCD: L33128 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de evaluación y diagnóstico psiquiátricos y de psicoterapia entró en vigencia para los servicios prestados en o después del 4 de junio de 2013. Desde entonces, la sección de la LCD “Documentation Requirements” y el anexo “Coding Guidelines” fueron revisados para proporcionar aclaraciones sobre psicoterapia como un servicio “incidente a” y aclaraciones sobre servicios prolongados.

Stereotactic radiosurgery (SRS) and stereotactic body radiation therapy (SBRT) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L30366 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) para radiocirugía estereotáctica (SRS) y radioterapia corporal estereotáctica (SBRT) fue revisada recientemente el 29 de noviembre de 2012. Desde entonces, la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” ha sido revisada para agregar el código de diagnóstico 198.7 (Secondary malignant neoplasm of other specified sites, adrenal gland [tumor maligno secundario de otros sitios especificados, glándula adrenal]) para los códigos de procedimiento 77373, G0339 y G0340 de SBRT para hacer que la codificación de ICD-9-CM sea congruente con el texto de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD para la adición del código de diagnóstico 357.89 de ICD-9-CM es efectiva para los servicios prestados **a partir del 22 de abril de 2014**. La revisión de la LCD para la eliminación de los códigos HCPCS J1599 y J3490 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 22 de abril de 2014**, para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Fecha de vigencia

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

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

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

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 10 de abril de 2014** para servicios prestados **a partir del 5 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

LCD Retiradas

Tositumomab and iodine I 131 tositumomab (Bexxar®) therapy – retirada la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29291 (Florida)

Identificador de LCD: L29400 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia con tositumomab e iodine I 131 tositumomab (Bexxar®) fue efectiva para los servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9. Actualmente, con base en la petición de cambio (CR) 8675 (*actualización de abril de 2014 del sistema de pago prospectivo del centro quirúrgico ambulatorio [ASC]*), el indicador de pago de ASC para el código HCPCS A9545 (Iodine I131 tositumomab, therapeutic, per treatment dose [Tositumomab Iodine I131, terapéutico, por dosis de tratamiento]) cambió a Y5 (procedimiento no quirúrgico/ elemento no válido para propósitos de Medicare debido

a la cobertura, regulación y/o estatuto; ningún pago realizado) debido a que el producto asociado con el código HCPCS A9545 (brand name Bexxar® [nombre de marca Bexxar®]) ya no se fabrica. Por lo tanto, la LCD ha sido retirada.

Fecha de vigencia

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

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

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

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 HOSPIICIO

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), protésicos u ortóticos

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

Reclamaciones electrónicas

(EMC) Reclamaciones, acuerdos y preguntas

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

Desarrollo adicional

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

Pasados 40 días de solicitud inicial:

**Envíe los cargos en cuestión,
incluyendo información solicitada,
como si fuera una nueva reclamación**
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Misceláneo

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

Cambio de dirección del proveedor

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos

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

Limitación de asuntos de cargos

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

Verificación de reembolso:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

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

Fraude y abuso

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

Números telefónicos

Proveedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
1-866-454-9007

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

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:

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

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

Registro eventos educacionales (línea no gratuita):

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 prótesis

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/prevalcientes o de tarifa fija:
Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

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

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

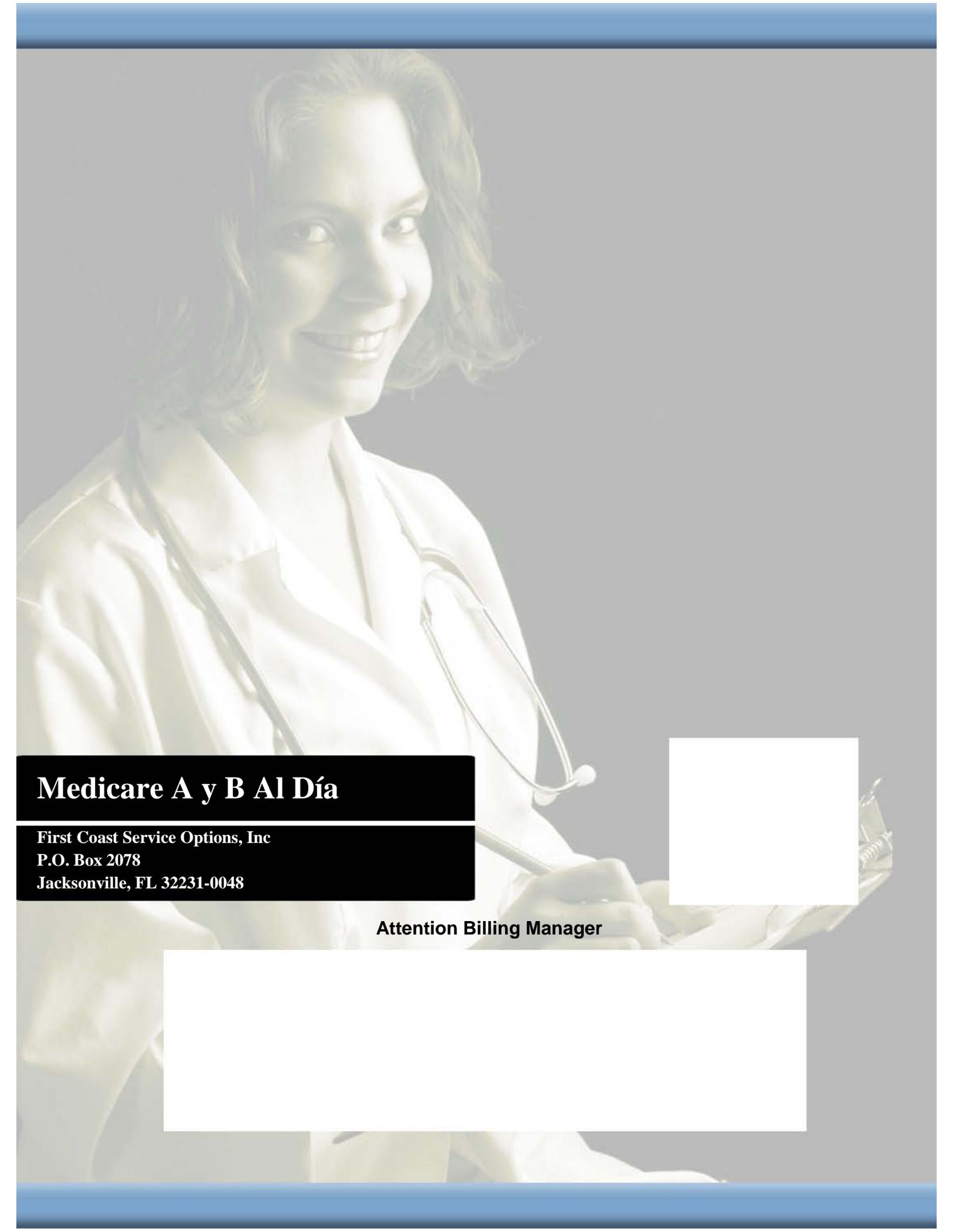
Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o próstéticas

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