

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Mayo 2014



## En esta edición

Pruebas limitadas integrales de ICD-10 .....	4
Programas de certificado de facturación .....	7
Facturación de los servicios de anestesiología .....	15
Implementación de PPS para los centros de salud...	16
Instrucciones para incorporar los límites de GME.....	16
Requerimientos de documentación .....	27

## Publicación del cargo límite después de aplicar los ajustes negativos de EHR y PQRS

Número de *MLN Matters*: MM8667  
Número de petición de cambio relacionado: 8667  
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de mayo de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R1384OTN  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

A partir del 1 de enero de 2015, los profesionales elegibles (EP) estarán sujetos a los ajustes negativos para lo siguiente:

- **Sistema de reporte de calidad médica (PQRS):** se aplicará un ajuste negativo a los EP que no reportaron, de manera satisfactoria, los datos sobre las medidas de calidad para los servicios profesionales cubiertos por el periodo de reporte de calidad del año
- **Registro de salud electrónico (EHR):** se aplicará un ajuste negativo a los EP que no son usuarios significativos de EHR para un periodo de reporte de EHR para el año

**Nota:** El ajuste de pago negativo se aplica a todos los EP, independientemente de que el EP elija ser "participante" o "no participante" con respecto a los pagos de Medicare.

La cantidad del cargo límite del ajuste negativo de EHR y PQRS se publicará en los sitios Web del contratista y se

incluirá una copia impresa de los reportes de divulgación. Específicamente, se incluirá la siguiente información:

- Cargo límite de EHR
- Cargo límite de PQRS
- Cargo límite de EHR/2014 eRx
- Cargo límite de EHR + PQRS
- Cargo límite de EHR/2014 eRx + PQRS

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8667.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8667, 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/R1384OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1384, CR 8667

*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](http://medicareespanol.fcso.com)



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Cobertura

Estudios FDG PET para tumores sólidos.....	3
Estudios FDG PET para tumores sólidos.....	3

### Intercambio electrónico de datos

Implementación de la nueva regla del uso uniforme de los CARC y los RARC.....	4
---	---

### ICD-10

Pruebas limitadas integrales de ICD-10.....	4
---	---

### Recursos preventivos

Corrección a la edición para vacunas suministradas en un hospicio.....	5
--	---

### Tarifas fijas

Archivos trimestrales de precios de medicamentos de julio 2014.....	6
Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas.....	7

### Información general

Programas de certificado de facturación a Medicare.....	7
Mandatorio el reporte del número de prueba clínica de 8 dígitos.....	8
Clarificaciones de política sobre apelaciones de decisiones de reclamaciones.....	8

### Recursos educativos

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

## Parte A

### Facturación

Actualizaciones del capítulo de la política de cuidados paliativos.....	11
---	----

### Intercambio electrónico de datos

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de julio.....	12
Nuevos y renombrados campos en el archivo del proveedor de hospital.....	13

### Hospital

CMS emite la propuesta de regulación del pago de hospitalización.....	13
Facturación de los servicios de anestesiología en un hospital de cuidado crítico.....	15

### Asuntos de procesamiento

Ajustes masivos a las reclamaciones del centro psiquiátrico.....	15
--	----

### Sistema de pago prospectivo

Implementación de sistema de pago prospectivo para los centros de salud.....	16
--	----

### Información general

Instrucciones para incorporar los límites de GME en el reporte de costos.....	16
---	----

### Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	17
Rechazos más frecuentes.....	18

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....	19
--	----

### Determinaciones locales de cobertura

#### Parte A.....20

#### Revisiones a las LCD existentes

Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox).....	21
Therapy and rehabilitation services.....	21
Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®).....	22
Noncovered services.....	22
Testosterone pellets (Testopel®) - revisión al anexo "coding guidelines".....	23
Transcranial magnetic stimulation (TMS) for mayor depressive disorder.....	24

#### Información médica adicional

La adjudicación del contrato de CMS a First Coast no resultará en cambios a las LCD.....	24
--	----

#### Contactos Parte A de Puerto Rico.....25

#### Contactos Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....26

## Parte B

### Documentación médica

Requerimientos de documentación para los proveedores de rayos x portátiles.....	27
---	----

### Información general

Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas.....	29
--	----

### Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	30
Denegaciones más frecuentes.....	31
Principales códigos de reclamaciones devueltas como no procesables.....	32

### Determinaciones locales de cobertura

#### Parte B.....33

#### Revisiones a las LCD existentes

Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox).....	34
Therapy and rehabilitation services.....	34
Therapy services billed by physicians/nonphysician practitioners.....	34
Vestibular function tests.....	35
Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®).....	35
Noncovered services.....	36
Testosterone pellets (Testopel®) - revisión al anexo "coding guidelines".....	36
Transcranial magnetic stimulation (TMS) for mayor depressive disorder.....	37

#### Información médica adicional

La adjudicación del contrato de CMS a First Coast no resultará en cambios a las LCD.....	38
--	----

#### Ordenar materiales de Parte B.....39

#### Contactos Parte B de Puerto Rico.....40

#### Contactos Parte B de Florida.....41

#### Contactos Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....42

## Medicare A y B

### Al Día

Vol. 6, No. 5  
Mayo 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© 2013 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.*

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

#### Third-party websites:

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

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

## Cobertura

### Estudios FDG PET para tumores sólidos

Número de *MLN Matters*: MM8468 *Anulado*  
Número de petición de cambio relacionado: 8468  
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2014  
Fecha de efectividad: 11 de junio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2873CP/  
R162NCD  
Fecha de implementación: 7 de marzo de 2014: ediciones de sistema no compartido, 7 de julio de 2014: ediciones de sistema compartido

#### Resumen

**Nota:** Este artículo fue anulado y reemplazado por

el artículo de *MLN Matters*® MM8739. La petición de cambio (CR) relacionada 8468 también fue anulada y reemplazada por la CR 8739. MM8739 está disponible en <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8739.pdf>.

#### Información adicional

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

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittals 2873 y 162, CR 8468

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

### Estudios FDG PET para tumores sólidos

Número de *MLN Matters*: MM8739  
Número de petición de cambio relacionado: 8739  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de mayo de 2014  
Fecha de efectividad: 11 de junio de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R2932CP,  
R168NCD  
Fecha de implementación: 19 de mayo de 2014 – ediciones de sistema no compartido de MAC; 7 de julio de 2014 – desarrollo/pruebas de CWF, desarrollo de requerimiento de FISS; 6 de octubre de 2014 – ediciones del sistema compartido de CWF, FISS y MCS

#### Resumen

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

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8739.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8739, 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/R2932CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R168NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2932, CR 8739; CMS Pub. 100-03, Transmittal 168, CR 8739

*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.*

**Intercambio electrónico de datos**

# Implementación de la nueva regla del uso uniforme de los códigos de denegación de ajuste de reclamación y los códigos de comentario de remesa de pago

Número de *MLN Matters*: MM8711  
 Número de petición de cambio relacionado: 8711  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de mayo de 2014  
 Fecha de efectividad: 2 de septiembre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1378OTN  
 Fecha de implementación: 2 de septiembre de 2014

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron las instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare para implementar la regla Committee on Operating Rules for Information Exchange (CORE) 360 del uso uniforme de los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y los códigos de comentarios de remesa de pago (RARC).

Los proveedores de Medicare quienes utilizan el software PC Print de Medicare o Medicare Remit Easy Print (MREP) tendrán que obtener la nueva versión programada a ser publicada el 6 de octubre 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/MM8711.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8711, 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/R1378OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1378, CR 8711

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

**ICD-10**

# Pruebas limitadas integrales de ICD-10

Número de *MLN Matters*: MM8602 *Anulado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 8602  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de febrero de 2014  
 Fecha de efectividad: 7 de julio de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1352OTN  
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

**Resumen**

**Nota:** Este artículo fue anulado el 7 de mayo ya que la petición de cambio relacionada 8602 fue anulada.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8602.pdf>.

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

## Recursos Preventivos

# Corrección a la edición para vacunas suministradas en un hospicio

Número de *MLN Matters*: MM8620 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 8620  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1373OTN  
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

*Este artículo fue revisado el 1 de mayo para agregar los contratistas administrativos de Medicare de salud en el hogar y de hospicio a la sección "Provider Types Affected" (tipo de proveedores afectados). Además, el número de transmisión de la CR, la fecha de lanzamiento de la CR y la dirección Web para acceder a la CR se revisaron.*

### Resumen

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

La CR 8620 revisa los cambios para permitir que cualquier

proveedor suministre las vacunas a los beneficiarios de los servicios paliativos. Se ajustarán las reclamaciones que sean traídas a nuestra atención.

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8620, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1373OTN.pdf>.

[Downloads/R1373OTN.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1373OTN.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1373, CR 8620

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



## 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)



**Tarifas Fijas**

# CMS publica los archivos trimestrales de precios de medicamentos del precio promedio de venta de julio 2014

Número de *MLN Matters*: MM8748  
 Número de petición de cambio relacionado: 8748  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de abril de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2936CP  
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

**Resumen**

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

Medicare utilizará los archivos trimestrales de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare del precio promedio de venta (ASP) de julio de 2014 para determinar el límite de pago para las reclamaciones por los medicamentos de Medicare Parte B pagables separadamente procesados o vueltos a procesar a partir del 1 de julio de 2014, con fechas de servicios desde el 1 de julio de 2014, hasta el 30 de septiembre de 2014.

Una vez publicados, los archivos de precios trimestrales

revisados determinarán los límites de pagos para las reclamaciones que cubren las fechas de servicios para los períodos de tiempo respectivos.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8748.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8748, 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/R2936CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2936, CR 8748

*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.*



**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.

# 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: 22 de abril de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2934CP  
Fecha de implementación: 7 de abril de 2014

*Este artículo fue revisado el 16 de mayo para clarificar las fechas de efectividad del código de procedimiento 77293 en la tabla 2 en la página 3.*

## Resumen

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

**Nota:** El Presidente firmó como ley el “Protecting Access to Medicare Act de 2014” el 1 de abril de 2014, evitando así 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

*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.*



debe considerar el previo aviso de un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8664.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8664, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2934CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2934, CR 8664

## Información General

### Programas de certificado de facturación a Medicare

Los programas están diseñados para proveer educación sobre el programa de Medicare de Parte A y Parte B. Cada uno incluye los cursos requeridos de adiestramiento basados en la Web, lecturas y una lista de recursos útiles. Al haber completado exitosamente cada uno de los programas, usted recibirá un certificado en facturación a Medicare de CMS.

Para participar en el tipo de programa del proveedor de Parte A o Parte B, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNGenInfo/index.html> y seleccione “Web-Based Training (WBT)

Courses.” De la lista de cursos, seleccione el programa de certificado de facturación a Medicare para su tipo de proveedor. Inicie una sesión (usuario existente) o inscribese (nuevo usuario) haciendo clic en los enlaces en la parte superior de la pantalla de curso. En la próxima pantalla escoja ‘Web-Based Training Courses’ y vuelva a seleccionar su curso. Haga clic en el botón “Take Course” y ya está listo para comenzar. El curso para los proveedores de Parte A cubren aproximadamente 14 horas; el curso de la Parte B cubre 14.7 horas.

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

## Mandatorio el reporte del número de investigación o prueba clínica de 8 dígitos

Número de *MLN Matters*: MM8401 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 8401  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2955CP  
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

*Este artículo fue revisado el 15 de mayo para reflejar la petición de cambio revisada (CR) 8401 emitida el 13 de mayo. La información relacionada con el ingreso del número de la prueba clínica en las reclamaciones institucionales ha sido eliminada.*

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8401 provee detalles sobre el requerimiento mandatorio de reportar el número de investigación o prueba clínica en reclamaciones por artículos y servicios provistos en investigaciones o pruebas clínicas que son calificadas para cobertura según especificado en la sección 310.1 del *Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual*. El número de investigación o prueba clínica a ser reportado es el mismo número asignado por la National Library of Medicine (biblioteca nacional de medicina, NLM) y ha sido voluntariamente reportado desde el 2008.

**Nota:** Las reclamaciones de la Parte B de Medicare con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014, que no contengan el número de prueba clínica de 8 dígitos serán devueltas como no procesables.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8401.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8401, 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/R2955CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2955, CR 8401

*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.*

## Clarificaciones de política sobre apelaciones de decisiones de reclamaciones

Número de *MLN Matters*: MM8588  
 Número de petición de cambio relacionado: 8588  
 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: R2926CP  
 Fecha de implementación: 14 de julio de 2014

### Resumen

La petición de cambio 8588 provee actualizaciones al capítulo 29 del “Medicare Claims Processing Manual” con varias clarificaciones de política sobre apelaciones. Las actualizaciones mejoran y clarifican las instrucciones de operación y el lenguaje de acuerdo con la reglamentación y los estatutos, las cuales incluyen:

- Una definición de “cónyuge”
- Los requerimientos de firma
- La presentación y el manejo del nombramiento de instrumentos representativos escritos
- Una buena razón para presentación tardía

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8588.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8588, 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/R2926CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2926, CR 8588

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

## Recursos educativos

### Calendario de eventos

#### Junio de 2014

Clase de PECOS basado en Internet

Cuando: 19 de junio de 2014

Hora: 1:00-5:00 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>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A

Cuando: 24 de junio de 2014

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

Tipo: Webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/267720.asp>

Notificación anticipada al beneficiario (ABN) sobre no cobertura (A/B)

Cuando: 24 de junio de 2014

Hora: 1:00 - 2:30 p.m. ET

Tipo: Webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** español

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/269773.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte B

Cuando: 25 de junio de 2014

Hora: 11:30 - 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/267717.asp>

#### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_

Título del registrante: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

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



## 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, 1 de mayo de 2014 – <http://go.usa.gov/k7hh>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 8 de mayo de 2014 – <http://go.usa.gov/kSd5>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 15 de mayo de 2014 – <http://go.usa.gov/843H>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 22 de mayo de 2014 – <http://go.cms.gov/1jVHzTn>

### Aprenda los secretos para facturar a Medicare correctamente

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

## Facturación

# Actualizaciones del capítulo de la política de cuidados paliativos del 'Medicare Benefit Policy Manual'

Número de *MLN Matters*: MM8727  
Número de petición de cambio relacionado: 8727  
Fecha de emisión de CR relacionado:  
1 de mayo de 2014  
Fecha de efectividad: 4 de agosto de 2014  
Número de transmisión de CR  
relacionado: R188BP  
Fecha de implementación: 4 de agosto de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente el *Medicare Hospice Benefit Policy Manual* para reflejar los cambios de política y las aclaraciones realizadas a través de la reglamentación anterior o la publicación de las peticiones de cambio (CR) emitidas anteriormente.

CMS editó el capítulo de hospicio para reflejar la nueva terminología, sustituyendo palabras como "managed care" (atención médica administrada) en los casos en que se hace referencia a "HMO". Además, CMS mejoró la legibilidad del manual mediante la adición de una lista con viñetas de los requisitos para la cobertura en lugar de un párrafo que describe estos requisitos.

No hay cambios en las políticas o nuevas políticas que sean incluidas con el manual actualizado.



### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8727.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8727, 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/R188BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 188, CR 8727

*Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que*

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

### Suscripción a Medicare Parte A

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

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

**Intercambio Electrónico de Datos**

**CMS publica las especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de julio de 2014**

Número de *MLN Matters*: MM8764  
 Número de petición de cambio relacionado: 8764  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de mayo de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2957CP  
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron los cambios para el editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE), que actualiza la forma como los contratistas administrativos de Medicare procesan las reclamaciones para departamentos ambulatorios de hospitales, centros de salud mental comunitaria y otros proveedores médicos que sirven a los beneficiarios de Medicare en ambientes de paciente ambulatorio.

Los cambios en las instrucciones y especificaciones de I/OCE incluyen estas modificaciones, que entrarán en vigor el 1 de julio de 2014:

- Cambios en el sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) y la clasificación de pago ambulatorio (APC)/SI según lo especificado por CMS (archivos de cambio de datos)

- Implementa la versión 20.2 de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) (como se modificó para los proveedores institucionales aplicables)
- Agrega el nuevo modificador SZ (Habilitative services) (servicios de habilitación) a la lista de modificador válido

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8764.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8764, 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/R2957CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2957, CR 8764

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

**Entérese primero: Suscríbese a eNews de First Coast**

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

## Nuevos y renombrados campos en el archivo específico del proveedor de hospital de pacientes internos y la producción de precios de hospitalización

Número de *MLN Matters*: MM8546 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 8546  
Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de abril de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2933CP  
Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) expandirán el archivo específico del proveedor (PSF) del hospital de pacientes hospitalizados y cambiarán el nombre de los campos en la producción de precios del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS), efectivo el 1 de julio de 2014.

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) expandirán el archivo específico del proveedor (PSF) del hospital de pacientes hospitalizados y cambiarán el nombre de los campos en la producción de precios del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS), efectivo el 1 de julio de 2014.

El PSF de pacientes internos será expandido para incluir tres campos nuevos. Los nuevos campos incluyen un indicador para hospitales sujeto al programa de reducción de las condiciones adquiridas en el hospital, un

interino estimado por la cantidad de pago de cuidado no compensado en la reclamación, y un indicador para los hospitales sujetos a un programa de iniciativa de registros de salud electrónicos.

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8546, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2933CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2933, CR 8546

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

## Hospital

## CMS emite la propuesta de regulación del pago de hospitalización

### Regla propuesta fortalecería los lazos entre el pago y las mejoras de calidad

El 30 de abril, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una regla propuesta que actualizaría las políticas de pago de Medicare del año fiscal (FY) 2015 y las tarifas por estadías de hospitalización en los hospitales de cuidados intensivos generales y hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH). Esta regla se basa en los esfuerzos de la administración de Obama a través del Affordable Care Act para promover las mejoras en los cuidados hospitalarios, lo que dará lugar a mejores resultados en los pacientes, mientras que disminuye el aumento del costo del cuidado de la salud a largo plazo.

CMS proyecta que la actualización de la tarifa de pago para los hospitales de cuidados intensivos generales será 1.3 por ciento en el FY 2015. La actualización de tarifa para los hospitales de cuidado a largo plazo será 0.8 por ciento. La diferencia en la actualización se explica para diferentes disposiciones regulatorias y estatutarias que aplican a cada sistema.

Los cambios más significativos de la regla son las disposiciones de pago destinadas a mejorar la calidad

del cuidado hospitalario que reduce el pago para las readmisiones, y las condiciones adquiridas en el hospital (HAC). La regla también incluye los cambios propuestos al programa de reporte de calidad hospitalaria (Hospital Inpatient Quality Reporting, IQR). La regla también describe cómo los hospitales pueden cumplir con los requerimientos del Affordable Care Act para revelar cargos por sus servicios en línea o en respuesta a una solicitud, apoyando la transparencia de precios para pacientes y el público.

La regla propuesta pide participación pública en una metodología de pago alternativo para los casos de estadías cortas de hospitalización que también pueden ser tratadas de forma ambulatoria, incluyendo cómo definir estadías cortas. En adición, la regla propuesta le recuerda a las partes interesadas sobre el proceso existente para solicitar excepciones adicionales al punto de referencia de las dos medianoches.

### Mejorando el cuidado del paciente

**Programa de compra de hospital basado en valor:** El programa de compra de hospital basado en valor (VBP),

Ver **CMS EMITE**, en la próxima página

## CMS EMITE

De la página anterior

el cual fue establecido por el Affordable Care Act, ajusta los pagos a hospitales bajo el IPPS en base a la calidad del cuidado que le ofrecen a los pacientes. Para el FY 2015, según indicado por la ley, CMS está aumentando la reducción del porcentaje aplicable, la porción de los pagos de Medicare disponibles para financiar los pagos de incentivos basados en valor bajo el programa, al 1.5 por ciento de las cantidades de pago de DRG de la base operativa para todos los hospitales participantes. CMS estima que la cantidad total disponible para los pagos de incentivo basados en valor en el FY 2015 serán aproximadamente \$1.4 billones, y actualizará este estimado en la regla final IPPS/LTCH del FY 2014.

### Programa de reducción de admisiones hospitalarias:

La reducción máxima en pagos bajo el programa de reducción de admisiones hospitalarias aumentará de 2 a 3 por ciento según requerido por la ley. Para el FY 2015, CMS propone evaluar las penalidades de las readmisiones a los hospitales utilizando cinco medidas de readmisiones



endosadas por el foro de calidad nacional (National Quality Forum, NQF). Desde ya, CMS estima que las readmisiones de hospital en Medicare declinaron por un total de 150,000 desde enero de 2012 hasta diciembre de 2013.

**Programa de reducción de condición adquirida en el hospital:** CMS propone implementar el programa de reducción de las condiciones adquiridas en el hospital (HAC) del Affordable Care Act. Comenzando en el FY 2015, los hospitales con puntuación en el cuartil más

alto para la tarifa de HAC (es decir, los que tengan el rendimiento más pobre) obtendrán una reducción en sus pagos de hospitalización de Medicare de uno por ciento. Este nuevo programa se basa en el progreso en esta área alcanzado a través del programa de HAC existente, el cual está actualmente ahorrando aproximadamente \$25 millones anualmente, reduciendo los pagos de Medicare cuando ciertas condiciones que son razonablemente prevenibles son adquiridas en el hospital.

**Programas de reporte de calidad:** La regla propuesta revisaría las medidas para los programas de reporte de calidad hospitalaria, reporte de calidad del hospital de cuidado a largo plazo (LTCH) y el reporte de calidad del hospital oncológico exento de PPS. CMS propone alinear para el 2015 y 2016 los reportes y los plazos de presentación de las medidas de calidad clínica para el programa de incentivo de los registros de salud electrónicos de Medicare (EHR) con los reportes y los plazos de presentación del programa de IQR de hospital.

### Índice de salario -- áreas del mercado de trabajo

**actualizadas:** Con el fin de mantener un sistema de pago más preciso y actualizado que refleje la realidad de los cambios en la población y las condiciones del mercado de trabajo, estamos proponiendo utilizar las delimitaciones del área de trabajo más recientes emitidas por la oficina de gerencia y presupuesto (OMB) utilizando los datos del censo de 2010.

Con el fin de mitigar los posibles impactos negativos de pago debido a la propuesta adopción de las nuevas delimitaciones de OMB, CMS propone una transición de un año para todos los hospitales que experimentarían una disminución en su índice de salario de pago actual debido exclusivamente a la implementación propuesta de las nuevas delimitaciones de OMB, y una transición de tres años para los hospitales actualmente localizados en un condado urbano que se convertiría en rural bajo las nuevas delimitaciones de OMB.

CMS aceptará comentarios sobre la regla propuesta hasta el 30 de junio de 2014, y responderá a los comentarios en una regla final que se publicará el 1 de agosto de 2014.

- [Regla propuesta](#)
- [Comunicado de prensa](#)
- [Hoja informativa, "CMS Proposals to Improve Quality of Care during Hospital Inpatient Stays"](#)
- [Hoja informativa, "Fiscal Year 2015 Proposed Policy and Payment Changes for Inpatient Stays in Acute-Care Hospitals and Long-Term Care Hospitals"](#)

## Facturación de los servicios de anestesiología en un hospital de cuidado crítico

Número de *MLN Matters*: MM8708  
Número de petición de cambio relacionado: 8708  
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de mayo de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013  
Número de transmisión de CR relacionado: R1379OTN  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han aclarado recientemente el pago de los servicios prestados por un anestesiólogo o enfermero graduado certificado en anestesiología (CRNA) en un hospital de cuidado crítico (CAH).

Los anestesiólogos y los CRNA que prestaron servicios en el método II CAH pueden reasignar sus derechos de facturación al CAH. Cuando se vuelven a asignar los derechos de facturación, el método II CAH presenta un tipo de factura 85x con un código de ingreso 0963 (honorarios profesionales para anestesiólogo (MD)) o el código de ingreso 0964 (servicios profesionales de CRNA) para el pago de la anestesia o servicios relacionados.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8708.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8708, 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/R1379OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1379, CR 8708

*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.*

## Asuntos de Procesamiento

### Ajustes masivos a las reclamaciones del centro psiquiátrico de pacientes hospitalizados con cantidades de ajuste de enseñanza que no se muestran correctamente



Debido a un problema de software en el pricer de la publicación de octubre de 2013 del centro psiquiátrico de pacientes hospitalizados (IPF), las cantidades de ajuste de enseñanza en las reclamaciones de IPF no se están mostrando en el campo de código de valor 19.

Tenga en cuenta: Esto no ha impactado la cantidad del pago total en las reclamaciones, ya que las cantidades de ajuste de enseñanza fueron incluidas.

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) completarán ajustes masivos para todas las reclamaciones de IPF con un ajuste de enseñanza, para las fechas de alta a partir del 1 de octubre de 2013, dentro de los 90 días del segundo lanzamiento del IPF pricer en octubre de 2013 que se instalará en producción a partir del 7 de julio de 2014.

## Sistema de pago prospectivo

# Implementación de un sistema de pago prospectivo para los centros de salud federalmente calificados

Número de *MLN Matters*: MM8743

Número de petición de cambio relacionado: 8743

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de mayo de 2014

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R1383OTN

Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente el establecimiento de un sistema de pago prospectivo (PPS) para reembolsar a los centros de salud federalmente calificados (FQHC) por los servicios médicos cubiertos prestados a los beneficiarios de Medicare. El PPS entra en vigor para los periodos de presentación de informes de costos que comienzan en o después del 1 de octubre de 2014.

CMS está estableciendo cinco códigos de pago específicos para ser utilizados por los FQHC que presenten reclamaciones bajo el PPS:

1. G0466 – FQHC visit, new patient (visita FQHC, paciente nuevo)
2. G0467 – FQHC visit, established patient (visita FQHC, paciente establecido)
3. G0468 – FQHC visit, IPPE or AWW (visita FQHC, IPPE o AWW)

4. G0469 – FQHC visit, mental health, new patient (visita FQHC, salud mental, paciente nuevo)
5. G0470 – FQHC visit, mental health, established patient (visita FQHC, salud mental, paciente establecido)

Desde el 1 de octubre de 2014, hasta el 31 de diciembre de 2015, la tarifa de pago base de PPS FQHC es \$158.85. Las tarifas de PPS FQHC serán calculadas con la tarifa de pago base multiplicada por el factor de ajuste geográfico FQHC. Los FQHC deben seguir reportando la codificación HCPCS detallada en la reclamación para describir todos los servicios que ocurrieron durante el encuentro.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8743.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8743, 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/R1383OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1383, CR 8743

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

## Información General

# Instrucciones para incorporar los límites de GME en el reporte de costos de hospital

La sección 5506 del Affordable Care Act es dirigida a los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare para desarrollar un proceso para preservar de forma permanente y redistribuir las plazas de residencia financiadas de Medicare de los hospitales de enseñanza que se cierran. Se da prioridad a los hospitales situados en las mismas áreas estadísticas (CBSA) o zonas contiguas como el hospital cerrado.

La petición de cambio (CR) 8633 proporciona instrucciones a los contratistas administrativos de Medicare para la incorporación de la sección 5506 que aumenta el límite que entra en vigor, con carácter

retroactivo, sobre los reportes de costos de hospitales aplicables que ya han sido presentados, y para volver a calcular los pagos de hospital de la educación médica para graduados (GME) y el ajuste por la educación médica indirecta (IME) de acuerdo con aquellos reportes de costos que ya han sido presentados, 2) para proporcionar a los hospitales las instrucciones para la incorporación de Round 1, o Round 2, o Round 3 y las rondas subsecuentes del incremento del límite en la sección 5506 en el reporte de costos que todavía no ha sido presentado.

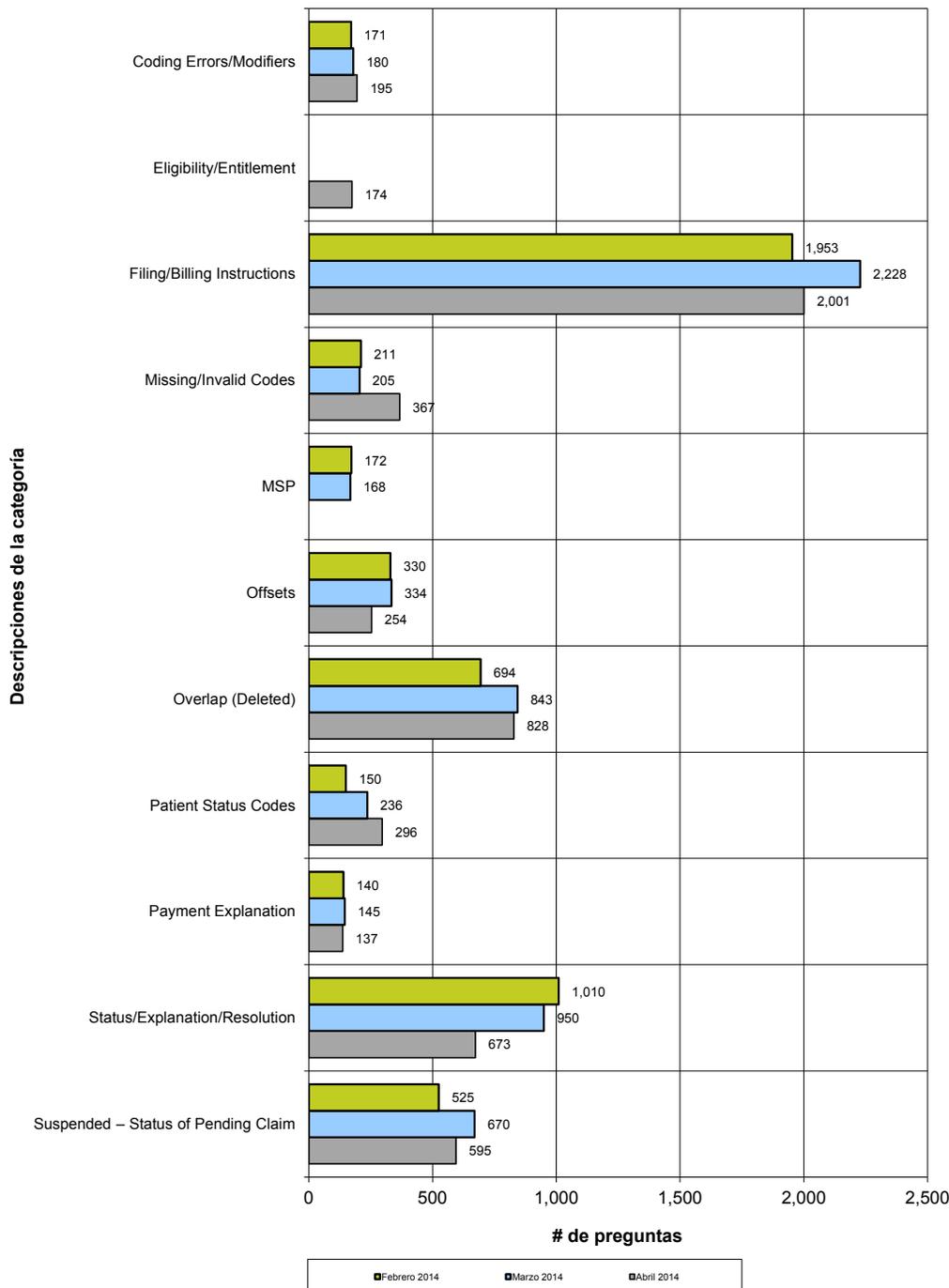
Más detalles disponibles en [CR 8633](#).

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

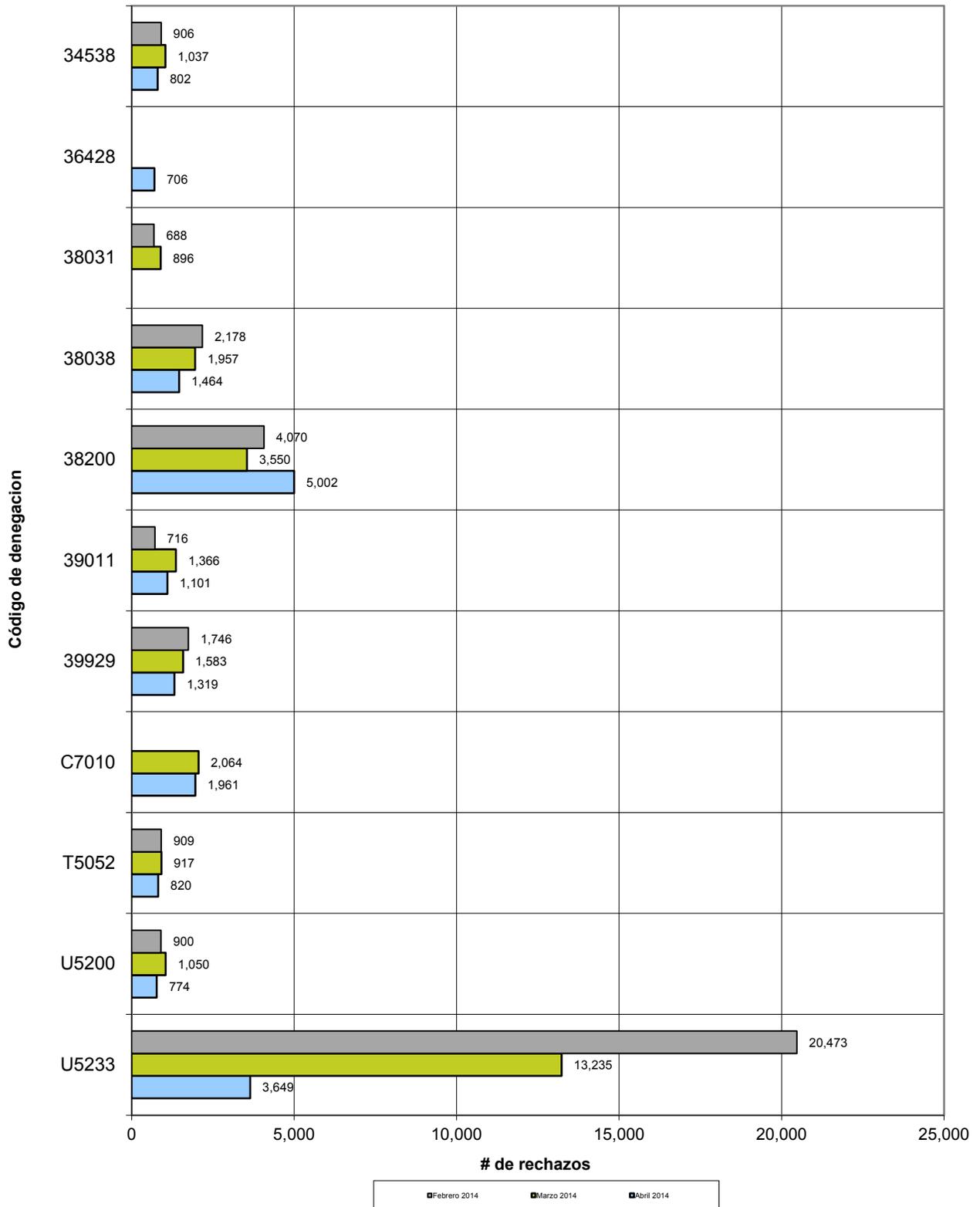
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

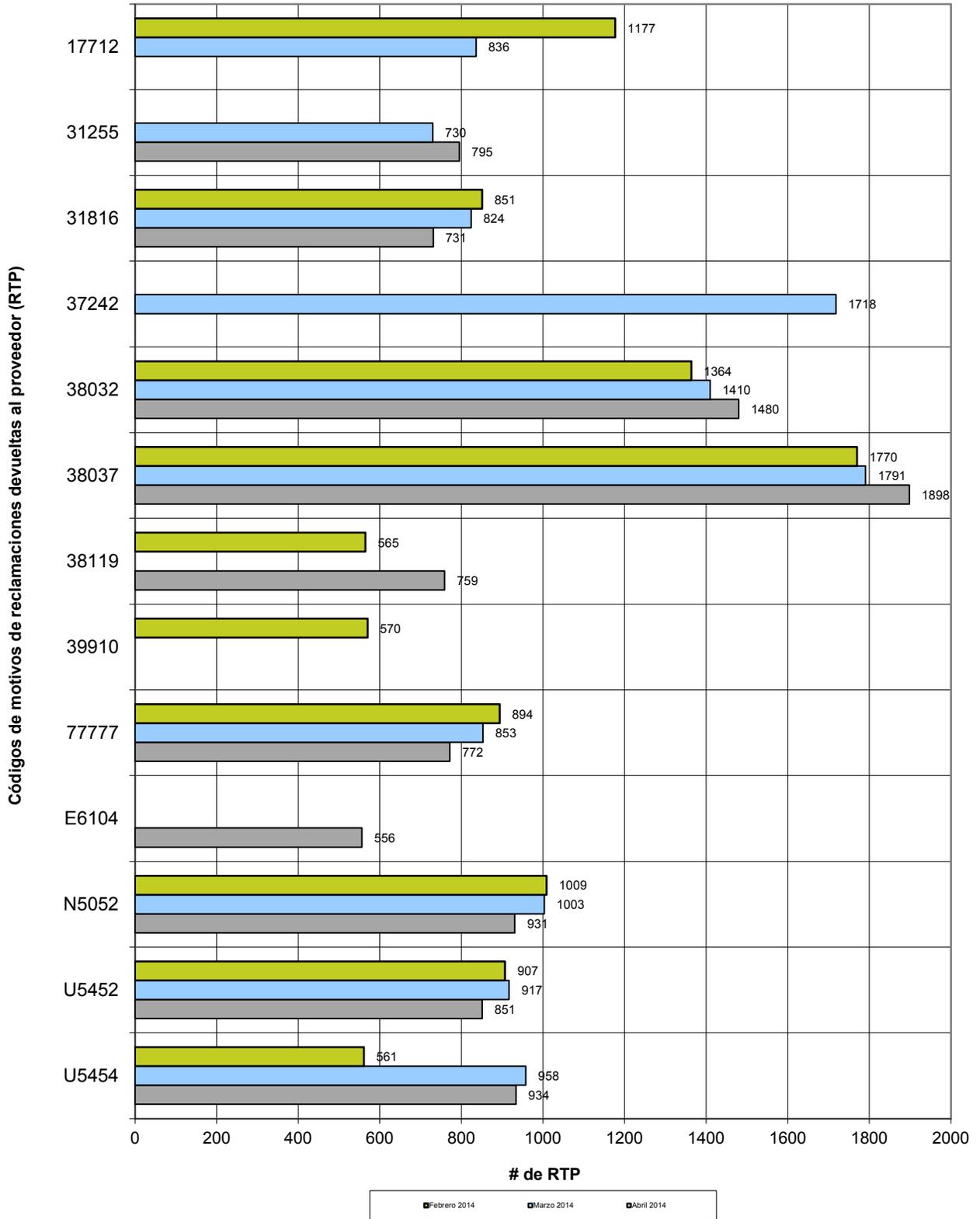
### Preguntas de Parte A más frecuentes en febrero-abril de 2014



Rechazos más frecuentes de Parte A en febrero-abril de 2014



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en febrero-abril 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



## ¿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](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.

## 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**.

## Revisiones a las LCD existentes

### Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox) – revisión a la LCD de Parte A

**Identificador de LCD: L28827 (Florida)**  
**Identificador de LCD: L28860 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil/ Lipodox) fue revisada para incluir la indicación fuera de la etiqueta de carcinoma de endometrio. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para incluir esta indicación fuera de la etiqueta, y la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para agregar el código de diagnóstico correlacionado 182.0. En adición, la sección “Sources of Information and Basis of Decision” fue actualizada.

#### 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](#).

### Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD de Parte A

**Identificador de LCD: L28992 (Florida)**  
**Identificador de LCD: L29024 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios de terapia y rehabilitación fue revisada más recientemente el 1 de enero de 2014. Desde ese momento, la LCD fue actualizada para reflejar el lenguaje actual con base en la petición de cambio (CR) 8458 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualizaciones manuales para clarificar la cobertura del centro de enfermería especializada (SNF), centros hospitalarios de rehabilitación (IRF), salud en el hogar (HH) y pacientes ambulatorios (OPT) conforme a Jimmo vs Sebelius).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 7 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](#).

## Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – revisión a la LCD de Parte A

### Identificador de LCD: L31223 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) fue revisada para incluir la indicación de la enfermedad de Peyronie, la cual fue aprobada por la FDA el 6 de diciembre de 2013. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir la indicación de la enfermedad de Peyronie; la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para añadir el código de diagnóstico correlacionado 607.85. También, las siguientes secciones fueron actualizadas para incluir un texto sobre la enfermedad de Peyronie: “Documentation Requirements,” “CPT/HCPCS Codes,” y “Utilization Guidelines.” Además, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada, así como también, el documento adjunto “Coding Guidelines”.

Además, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD también fue revisada para clarificar un texto relacionado a

las contracturas de Dupuytren y el medicamento de anticoagulación.

### Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la aprobación de FDA para la enfermedad de Peyronie es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 8 de mayo de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 6 de diciembre de 2013**. La revisión relacionada a las contracturas de Dupuytren es efectiva para los servicios prestados **a partir del 8 de mayo 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](#).

## Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A

### Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

Los siguientes códigos *Current Procedural Terminology*® (CPT®) fueron evaluados y fue determinado que no cumplen con los límites razonables y necesarios de Medicare para cobertura. Por lo tanto, los códigos de categoría III CPT® 0335T, 0336T, 0337T, 0340T, 0341T, 0342T y 0346T han sido añadidos a la sección “CPT®/HCPCS-codes” de la LCD.

Cualquier reclamación denegada tendría los derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (Qualified Independent Contractor) necesita ser revisado por un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para la revisión toda la documentación médica relevante e información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Cualquier parte interesada puede solicitar la reconsideración de una LCD después del periodo de notificación. En el caso de los servicios no cubiertos, la parte interesada de la LCD recibirá una lista de los artículos e información relacionada en el dominio público

que fueron tratados por el departamento de política médica en la toma de decisión de no cobertura. Si la parte interesada tiene nueva información basada en la evaluación de la lista, se puede iniciar la reconsideración de la LCD. Es responsabilidad de la parte interesada solicitar la lista probatoria del contratista y presentar los artículos adicionales, datos, e información relacionada para apoyar su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requerimientos de reconsideración de la LCD descritos en el sitio Web.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 30 de junio 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](#).

## Testosterone pellets (Testopel®) – revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD de Parte A

### Identificador de LCD: L33004 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para testosterone pellets (Testopel®) se hizo efectiva para los servicios prestados a partir del 29 enero de 2013. Ante la revisión prepago de reclamaciones, First Coast Service Options Inc. (First Coast) identificó que el código J3490 (unclassified drugs [medicamentos no clasificados]) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) usado para testosterone pellets (Testopel®) (cápsulas de testosterona) está siendo facturado de forma incorrecta. De igual manera, el registro médico de varias reclamaciones no respaldó la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”.

Tal como se indica bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” las cápsulas de testosterona se consideran medicamento razonables y necesarias para la terapia de reemplazo de testosterona de **segunda línea** en hombres con ausencia congénita o adquirida de andrógenos endógenos o deficiencia asociada con hipogonadismo primario o secundario cuando otro reemplazo estándar [intramuscular (IM), bucal, transdérmico] no ha sido clínicamente efectivo para el paciente determinado. La revisión de los registros médicos reveló lo siguiente: Los proveedores no están respaldando la necesidad médica de las cápsulas de testosterona con la documentación de tratamiento sin éxito del reemplazo estándar (por ejemplo, intramuscular (IM), bucal, transdérmico); los proveedores no están abordando específicamente la razón(es) para una transición a las cápsulas desde otro reemplazo efectivo de testosterona, y por último algunos registros médicos no incluyeron dos niveles totales de testosterona y los niveles libres (cuando se indican) para establecer la necesidad de reemplazo de testosterona. Los registros médicos deben incluir la referencia normal del rango aprobado del Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) para la prueba de testosterona total utilizada.

Para el código HCPCS J3490, la revisión prepago de reclamaciones también reveló que los proveedores no

están ingresando el nombre y la dosis del medicamento cuando presentan una reclamación. El proveedor debe indicar el nombre, la concentración y la dosis del medicamento en el bloque 19 en el formulario de la reclamación en papel CMS-1500 (02/12) (o en 2400-SV101-7 en el archivo de reclamación ANSI 837). Por ejemplo, el bloque 19 podría declarar: testosterone pellets (Testopel®), 75 mg per pellet, implanted 225 mg (3 pellets) (cápsulas de testosterona (Testopel®), 75 mg por cápsula, 225 mg implantados (3 cápsulas). Si se utiliza una forma compuesta de cápsulas de testosterona, esto se deberá indicar en el bloque 19 con el nombre, concentración y dosis como se describe en el ejemplo anterior.

Los proveedores tienen instrucciones de continuar facturando el código HCPCS J3490 para cápsulas de testosterona (Testopel®) y el código (CPT®) 11980 del *Current Procedural Terminology*® (subcutaneous hormone pellet implantation [implantación subcutánea de la cápsula de hormona) en la misma reclamación. Si estos códigos no se facturan en la misma reclamación, la reclamación podrá ser objeto de revisión prepago. Por favor tenga en cuenta que si el código HCPCS J3490 es denegado entonces el código de implantación asociado (código CPT® 11980) también será denegado.

El anexo de la LCD “Coding Guidelines” se ha revisado para incorporar las instrucciones de facturación como se indicó anteriormente.

### Fecha de vigencia

La revisión al anexo de la LCD “Coding Guidelines” es efectiva para reclamaciones procesadas a **partir del 6 de mayo 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](#).

## Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depressive disorder – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L33676 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación magnética transcraneal (TMS) se revisó bajo la sección de la LCD “Indications and limitations of coverage and/or medical necessity”, para clarificar los requisitos apropiados de capacitación y certificación del psiquiatra, neurólogo y el técnico que realizan la terapia TMS. El psiquiatra y neurólogo que prescriben y supervisan deben haber cumplido con todos los siguientes criterios:

- Completaron una beca o residencia en psiquiatría o neurología
- Completaron y demostraron competencia en el dispositivo de TMS en un curso de adiestramiento basado en la universidad o en un curso de adiestramiento patrocinado por la compañía
- Proporcionan la supervisión personal de las determinaciones iniciales individuales del límite motor, la definición del parámetro de tratamiento y la planificación y documentación de apoyo del nivel de supervisión del curso de tratamiento TMS
- La entrega y gestión posteriores de las sesiones de TMS pueden ser realizadas por un psiquiatra o neurólogo y/o un técnico debidamente capacitados bajo la supervisión directa del proveedor profesional, psiquiatra o neurólogo, para asegurarse de que el

paciente tiene a alguien en la asistencia, en todo momento, durante la sesión de TMS

- Durante la entrega y gestión posteriores de sesiones de TMS, el psiquiatra o neurólogo que proveen deben encontrarse cara a cara con el paciente cuando se produce un cambio en el estado mental de la persona y/o cualquier otro cambio significativo en la situación clínica
- Nota: Un técnico debe ser supervisado directamente por un proveedor profesional que es un psiquiatra o neurólogo

Además, se hicieron nuevas revisiones a las secciones de la LCD “Indications of Coverage”, “Coverage Limitations” y “Documentation Requirements”.

### Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 7 de julio 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](#).

## Información médica adicional

### La adjudicación del contrato de CMS a First Coast no resultará en cambios a las LCD

El 14 de febrero de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) seleccionaron a First Coast Service Options Inc. (First Coast) para continuar siendo el contratista administrativo de Medicare (MAC) para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Como resultado de la transición al nuevo contrato, efectivo el 16 de junio de 2014, la jurisdicción 9 (J9) será conocida como la jurisdicción (JN).

Las LCD actuales de MAC J9 harán la transición a MAC JN y retendrán los mismos números de identificación en la

base de datos de cobertura de Medicare de CMS (MCD). Ya que First Coast retendrá los mismos números de identificación de contratista que están actualmente listados en la MCD, no se realizará ningún cambio en el contenido o el método de acceso a las LCD como resultado de la transición a JN.

First Coast espera con interés continuar sirviendo al beneficiario y a las comunidades del proveedor en JN.

**Nota:** La transición de J9 a JN será completada para el 16 de junio de 2014.

## 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

## Números 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](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIOS

Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Certificaciones de la American Diabetes Association

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

#### Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

#### Presentación de reclamaciones electrónicas

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

#### Fraude y abuso

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

#### Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

#### Determinaciones de cobertura local

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

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

##### Información general, pagos condicionales

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

##### Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

##### MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/demandas, responsabilidades

Auto/Responsabilidad – 17T  
P. O. Box 44179  
Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudo de sobrepagos

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

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

#### Revisión médica postpago

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

#### Inscripción del proveedor

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

#### Redeterminaciones

##### Florida:

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

##### Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

#### Servicios de correo expreso y correo especial

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

### Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

#### Ferrocarril Medicare

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

#### Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

## Números telefónicos

#### Servicio al cliente/IVR

**Proveedores:**  
888-664-4112

**Impedimento auditivo y del habla**  
877-660-1759

#### Beneficiarios:

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

#### Reporte del balance de crédito

**Recuperación de deudas**  
904-791-6281

#### Fax

904-361-0359

#### Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

#### Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

#### Educación y alcance al proveedor

**Línea para registro de seminarios**  
904-791-8103

**Fax para registro de seminarios**  
904-361-0407

#### Inscripción del proveedor

877-602-8816

## Sitios Web

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

[medicare.fcso.com](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

#### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

**Proveedores:**

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

**Beneficiarios:**

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

## Documentación médica

# Requerimientos de documentación de los archivos médicos para los proveedores de rayos x portátiles

Los patrones de facturación cuestionables de los proveedores de rayos X portátiles fueron identificados en un informe de 2012 de la Oficina del Inspector General (OIG) del informe publicado en diciembre de 2011 Office of Evaluation and Inspection (OEI) *OEI-12-10-00190*. Como se señaló en el informe de auditoría de OIG, los datos de rayos X portátiles fueron evaluados sobre la base de ocho características desarrolladas por la Oficina del Inspector General que describen patrones de facturación cuestionables. Como se informó en los hallazgos, para los datos de las reclamaciones de 2009, “la OIG identificó 20 proveedores que superan los límites de al menos dos de las características de la facturación cuestionable y superaron el límite de la Oficina del Inspector General para el resultado combinado. Trece de estos proveedores se encontraban en Miami, en el área de la Florida.”

Con base en los hallazgos de OIG, First Coast Service Options Inc. (First Coast) realizó un análisis de datos seguido por actividades orientadas a la revisión médica.

El análisis de datos de First Coast y la revisión de los registros médicos, han identificado los problemas de facturación y cobertura relacionados con los servicios de rayos X portátiles proporcionados en Florida cuando los servicios son prestados en el hogar del paciente, centro de enfermería especializada, centro de vida asistida, etc. Este artículo está destinado a proporcionar una visión general de alto nivel de los requerimientos de cobertura y documentación de registro médico que son necesarios para respaldar el pago bajo el beneficio de rayos X portátiles. Este artículo no pretende abordar todos los requisitos relacionados con los servicios portátiles de rayos X (por ejemplo la supervisión médica, los requisitos técnicos, etc.) Los proveedores de servicios de rayos X portátiles deben referirse a la orientación del manual sobre la legislación aplicable y reglamentaria para obtener información completa sobre los requerimientos del programa y de los proveedores.

La autoridad estatutaria para la cobertura de los proveedores de servicios de rayos X portátiles se encuentra en §1861(s)(3) del Social Security Act (el Act). Los reglamentos se encuentran en el título 42 del Code of Federal Regulations, 42 CFR 486.100-486.108. El manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), publicación 100-04, capítulo 15, sección 80.4-80.4.5 define mucho más los requerimientos de cobertura de CMS para rayos X portátiles incluyendo

la limitación sobre qué tipo de rayos X portátiles están cubiertos por Medicare, así como los procedimientos y exámenes que no están cubiertos para la provisión de rayos X portátiles. El objetivo de este artículo es abordar los requisitos de documentación necesarios para respaldar la cobertura de los servicios de rayos X portátiles.

La sección 486.106 del título 42 CFR describe la condición de Medicare para la cobertura con relación a la remisión para el servicio y la conservación de los archivos. Esta sección describe claramente los requisitos de Medicare



relacionados con la orden de los servicios de rayos X portátiles y la documentación necesaria para respaldar la cobertura. En resumen, todos los servicios de rayos X portátiles prestados a los beneficiarios de Medicare deben ser ordenados por un médico o un profesional de la salud según se dispone en §410.32(a) o por un profesional de la salud según se dispone en §410.32(a)(2) y los registros deben ser conservados adecuadamente. Los requisitos relacionados con el contenido de la orden se discuten bajo

el siguiente ítem. Además de la orden, el proveedor debe mantener un registro del paciente de la fecha del examen de rayos X portátiles, el nombre del paciente, una descripción de los procedimientos ordenados y realizados, el médico o profesional de la salud remitente, el operador(es) del equipo portátil de rayos X que realizó el examen, el médico a quien se envió la radiografía y la fecha en que fue enviada.

Durante el proceso de revisión de registros médicos de las reclamaciones de rayos X portátiles, se requiere la siguiente documentación para respaldar los servicios facturados a Medicare. Documentación que: 1) cumple con los requisitos de la orden relacionada con los servicios de rayos X portátiles; 2) proporcione información específica a cada paciente (por ejemplo, la condición específica en el momento del servicio) que respalde por qué los rayos X son necesarios para ser prestados como un servicio “portátil”; 3) respalde el servicio de rayos X en sí mismo como médicamente razonable y necesario; y 4) respalde que el servicio fue realmente llevado a cabo (resultados de los rayos X) y que se utiliza en el tratamiento del paciente. Cada uno de estos elementos se discuten en más detalle a continuación.

1. **Requerimientos generales de la orden** – La orden del médico o del profesional de la salud licenciado y

Ver **REQUERIMIENTOS**, en la próxima página

## REQUERIMIENTOS

De la página anterior

calificado (NPP) que actúa en el ámbito de la ley del estado debe ser por escrito, firmada y debe especificar la razón por la que se requiere una prueba de rayos X portátil. El área del cuerpo a ser expuesto, el número de radiografías que se obtienen y las visualizaciones necesarias también deben ser incluidas en la orden, así como una declaración relacionada con la condición del paciente, lo que indica por qué los servicios portátiles de rayos X son necesarios.

2. **Indicación específica de un servicio “portátil”** – La orden debe documentar la “condición(es)” específica presente para ese paciente, en el momento del servicio, lo que hace que los servicios de rayos X portátiles sean médicamente necesarios. La presencia de una declaración genérica, escrita previamente, usada en todos los pacientes, para todas las situaciones, no proporciona ninguna indicación de la “razón” clínica por la cual paciente no pudo ir a los servicios de rayos X y no es suficiente. El registro médico debe ser compatible con la razón clínica.
3. **Necesidad médica para que los rayos X sean realizados** – Según el Act, sección 1862(a)(1)(A), el pago no se puede hacer por un servicio que no se considera razonable y necesario para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, o para mejorar el funcionamiento de una extremidad del cuerpo malformada. La orden por escrito y firmada del médico o profesional de la salud, y el respaldo del registro médico, deben apoyar la condición médicamente razonable y necesaria para la prestación del servicio de rayos X. Si los rayos X se realizaron como un “seguimiento”, la necesidad médica para aquel servicio de seguimiento debe ser documentada en el registro médico.
4. **Los registros deben respaldar que el servicio fue prestado (resultados de los rayos X/interpretación) y usado para el tratamiento del paciente** – 42 CFR 410.32 *pruebas de diagnóstico de rayos X, las pruebas de laboratorio de diagnóstico, y otras pruebas de diagnóstico*, requiere, “ todas las pruebas de diagnóstico de rayos X , pruebas de diagnóstico de laboratorio y otras pruebas diagnósticas deben ser ordenadas por el médico que trata al beneficiario; es decir, el médico que le suministra una consulta o trata a un beneficiario por un problema médico específico y que utiliza los resultados en el manejo de un problema médico específico del beneficiario. Las pruebas que no son ordenadas por el médico que está tratando al beneficiario no son razonables ni necesarias.”

Por lo tanto, los registros médicos deben proporcionar los resultados de las pruebas y documentar que estos resultados fueron proporcionados al médico/ NPP que ordena y que él/ella utiliza esos resultados en el manejo del paciente. En la revisión de los registros de los servicios de diagnóstico, Medicare está buscando documentación que demuestre que el proveedor que ordena revisó los resultados para tomar decisiones sobre el tratamiento del paciente.

Los ejemplos incluyen una anotación escrita y firmada por el médico/NPP que ordena, en el informe de la interpretación, los resultados de rayos X discutidos en la nota de progreso del proveedor tratante, una anotación por parte del personal en un registro del centro del proveedor que ordena fue notificado de los resultados y cualquier cambio subsecuente en las órdenes de tratamiento (si lo hay), etc.

### Requerimientos de documentación y documentación de registro médico

Durante la revisión de los servicios de rayos X portátiles, los proveedores plantearon una preocupación con respecto a la capacidad de obtener la documentación del registro médico requerida para respaldar la necesidad médica de los proveedores y/o instalaciones que ordenan. La [publicación de CMS IOM 100-08, capítulo 3, sección 3.2.3.B](#) articula la responsabilidad proveedor/suplidor para la obtención de registros médicos.

Los contratistas están autorizados a recoger la documentación médica por el Act. sección 1833(e) que declara “no se efectuará pago alguno a ningún proveedor de servicios u otra persona bajo este apartado, a menos que se haya proporcionado dicha información que pueda ser necesaria para determinar las cantidades debidas como proveedor u otra persona bajo este apartado para el periodo con respecto al cual las cantidades están siendo pagadas o por cualquier periodo anterior.” La sección 1815(a) declara “... no se efectuará pago alguno a ningún proveedor de servicios, a menos que haya proporcionado la información que el Secretario pueda solicitar con el fin de determinar las cantidades debidas como proveedor bajo este apartado para el periodo con respecto al cual se están pagando las cantidades o por cualquier periodo anterior.”

La sección 3.2.3.3 dicta además la responsabilidad del contratista administrativo de Medicare (MAC):

“A menos que se especifique lo contrario, el MAC, el auditor de recuperación (RA) y el programa de zona de integridad del contratista (ZPIC) deberán solicitar información al proveedor/ suplidor de facturación. El médico tratante, otro médico, proveedor o suplidor deberán enviar la documentación solicitada. Sin embargo, debido a que el proveedor seleccionado para la revisión es aquel que su pago se encuentra en riesgo, es este proveedor quien en última instancia es responsable de presentar, dentro de los plazos establecidos, la documentación solicitada por el MAC, el programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT), el RA y ZPIC. El MAC, ZPIC y RA tienen la discreción de enviar una solicitud de desarrollo adicional (ADR) separada a terceras partes como entidades involucradas en el cuidado del beneficiario. No podrán solicitar la documentación de un tercero, a menos que primero o de forma simultánea se solicite la misma información del proveedor o suplidor de facturación.”

Como se señaló anteriormente, el contratista está obligado a solicitar a los registros del proveedor de facturación y

Ver **REQUERIMIENTOS**, en la próxima página

## REQUERIMIENTOS

De la página anterior

podrá solicitar los registros de proveedores secundarios, ya sea simultáneamente o después de que se ha enviado la solicitud al proveedor de facturación, a su discreción, de distintos de los laboratorios clínicos (lo cual es dictado por CFR sobre la base de la reglamentación negociada de laboratorio clínico). Por lo tanto, la expectativa de Medicare es que los proveedores de rayos X portátiles deben trabajar con sus entidades que ordenan para establecer un proceso eficiente para la transferencia de registros. La entidad que ordena también debe entender su responsabilidad en la entrega de esos registros a los proveedores, tal como se indica en CMS IOM publicación 100-08, capítulo 3:

### 3.3.2.1.1.C. Responsabilidad financiera

El médico o licenciado/profesional médico certificado (LCMP) debe ser consciente de que la documentación inadecuada del registro médico podría conducir a una responsabilidad financiera por parte del beneficiario y/o proveedor, si el revisor debe determinar que una reclamación no se encuentra sustentada.

En adición, el médico/LCMP debe tener en cuenta que cuando se ordena un artículo o servicio que

se proporciona por otra entidad, la sección 1842(p) (4) del Act requiere el respaldo adecuado de la documentación de la necesidad médica que se proporcionará a la entidad en el momento en que artículo o servicio fue ordenado. Los médicos /LCMP que fallen en el envío de la documentación a petición de un proveedor pueden provocar el aumento de la revisión del MAC o RA del servicio de evaluación y manejo del médico/LCMP.

El MAC no puede dictar dónde/cómo se documenta la información de la necesidad médica, pero la información debe ser obtenida fácilmente a partir del registro médico del paciente. El tipo de documentación de registro médico que contiene información de la necesidad médica puede variar según el escenario de la atención (por ejemplo, oficina, centro de enfermería especializada (SNF), el hogar, etc.)

Durante la revisión de registros médicos, First Coast ha encontrado que los archivos presentados para respaldar la cobertura de rayos X portátiles pueden faltar en uno o más de los requisitos anteriores.

*Fuente: Questionable Billing Patterns of Portable X-ray Suppliers (OEI-12-10-00190); CMS IOM publicación. 100-08, capítulo 3*

## Información General

### Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas

Efectivo el 1 de julio de 2013, el nuevo sistema de ediciones de reclamación puede resultar en la denegación adicional de reclamaciones duplicadas para su práctica. Por favor, comparta esta información con sus empresas de facturación, proveedores y casas de facturación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) instruyeron a los contratistas de Medicare para mejorar el sistema de las ediciones de reclamaciones para incluir los *detalles de la misma reclamación* en su revisión de la historia de los procedimientos y/o servicios duplicados. La edición busca dentro de lo pagado, finalizado, *pendiente* y los *detalles idénticos de la reclamación* en la historia. Esto significa que a menos de que los modificadores aplicables estén incluidos en su reclamación, las ediciones detectan los servicios duplicados y repetidos *dentro de la misma reclamación* y/o con base en una reclamación presentada con anterioridad.

Para minimizar un posible aumento de la denegación de reclamaciones duplicadas, por favor revise su software y los procedimientos de facturación para asegurarse de que está facturando correctamente. Algunos servicios en una reclamación pueden parecer duplicados cuando, en realidad, no lo son. Por favor, asegúrese de usar de forma adecuada los modificadores para identificar los procedimientos y servicios que no son duplicados. Una lista completa de los modificadores se pueden encontrar en el libro de códigos del *Current Procedural Terminology (CPT®)*. Los siguientes son algunos ejemplos de modificadores que pueden utilizarse, según sea aplicable, para indicar los procedimientos y servicios repetidos o

distintos en una reclamación:

- Modificador 76 puede ser utilizado para indicar un procedimiento o servicio repetido por el mismo proveedor, después del procedimiento o servicio original
- Modificador 91 puede ser utilizado para indicar las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico repetidas. Este modificador se añade sólo cuando los resultados de pruebas adicionales son médicamente necesarias en el mismo día
- Modificador 59 puede ser utilizado, según sea aplicable, para identificar los procedimientos o servicios que normalmente se reportan juntos pero son adecuados para facturar por separado bajo ciertas circunstancias. El modificador 59 indica un procedimiento o servicio por el mismo proveedor, distinto o independiente de otros servicios, realizado en el mismo día

**Nota:** Los procedimientos, servicios y modificadores presentados en su reclamación deben estar respaldados por documentación en el registro médico del paciente.

*Fuente: CMS MLN Matters® MM8121, manual electrónico (IOM) de CMS, publicación 100-04, capítulo 1, sección 120-Detection of duplicate claims y el libro de códigos Current Procedural Terminology (CPT®) de la American Medical Association (AMA) de 2013.*

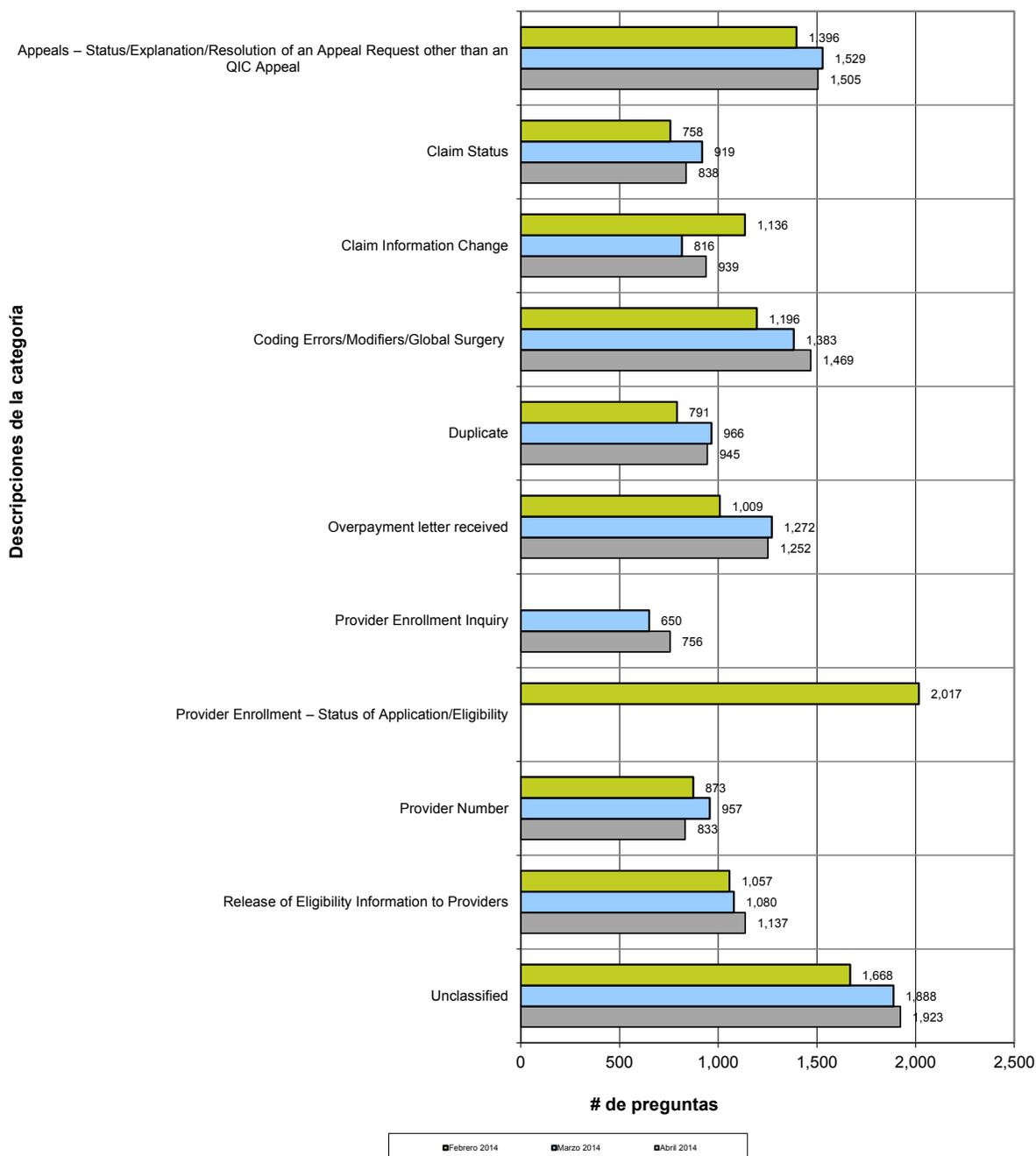
*Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.*

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

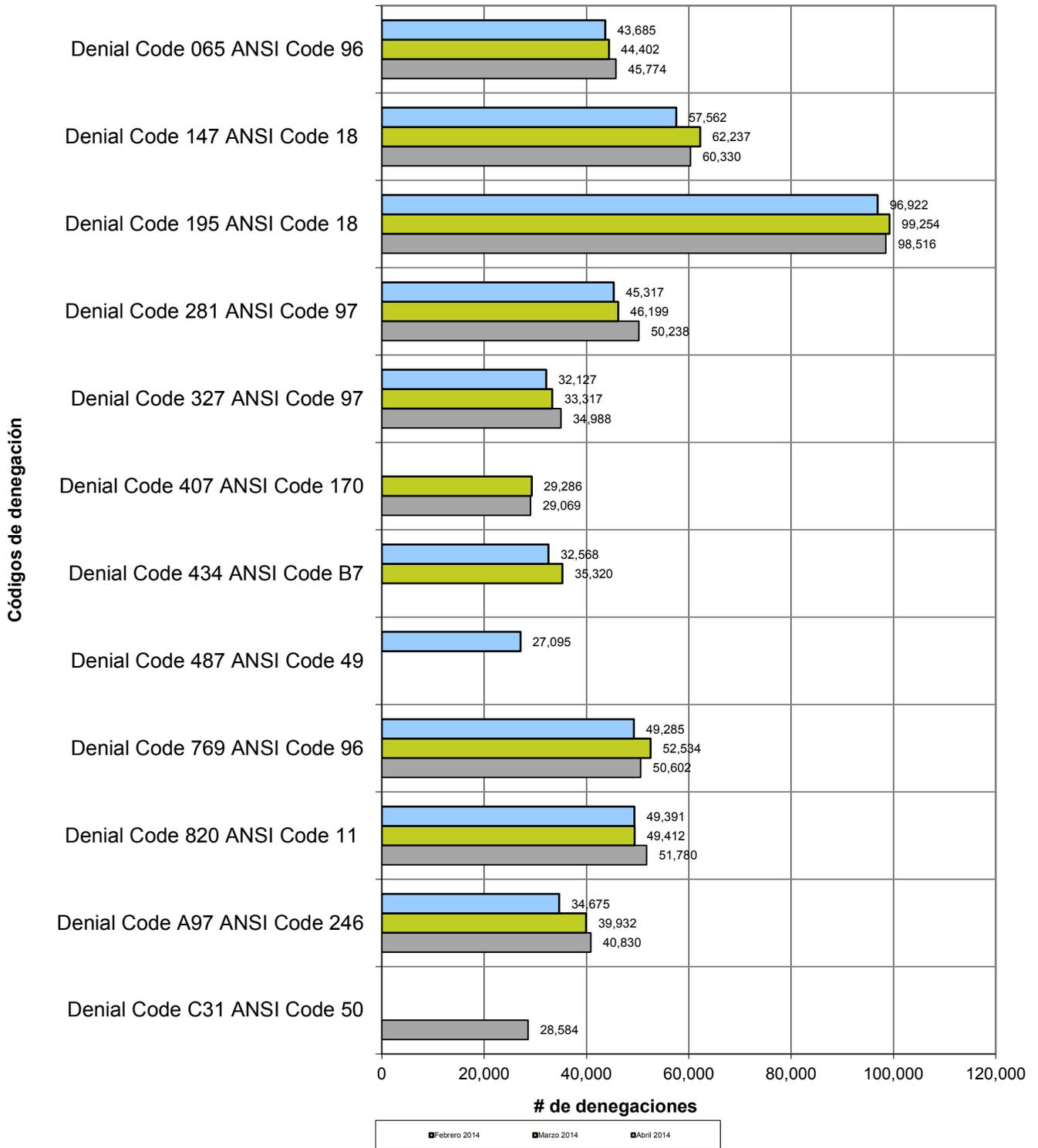
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante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

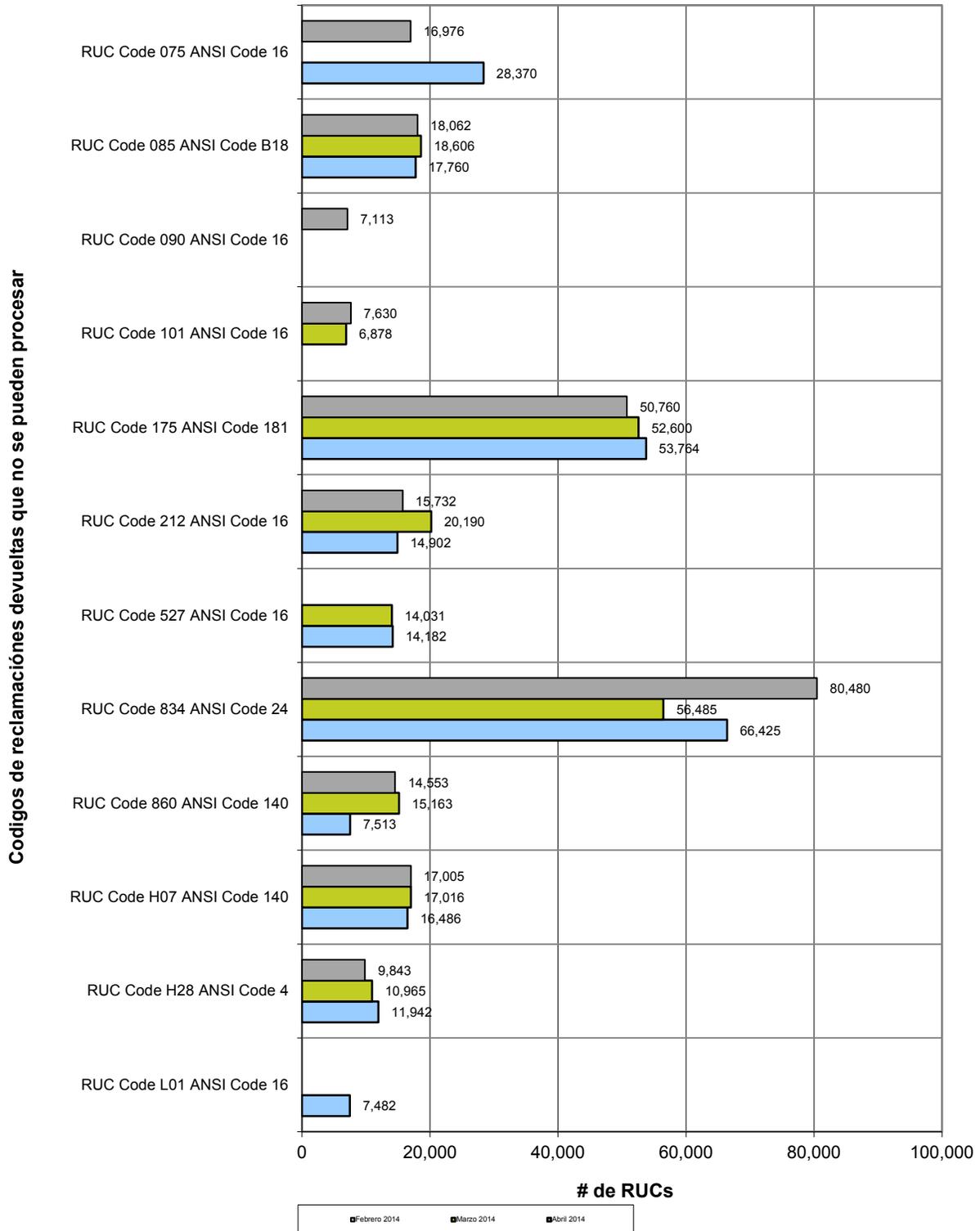
## Preguntas de Parte B más frecuentes en febrero-abril de 2014



**Denegaciones de Parte B más frecuentes en febrero-abril de 2014**



**RUC de Parte B más frecuentes en febrero-abril 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



## ¿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](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.

## 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**.

## Revisiones a las LCD existentes

**Doxorubicin, liposomal (Doxil/Lipodox) – revisión a la LCD de Parte B****Identificador de LCD: L29157 (Florida)****Identificador de LCD: L29419 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil/ Lipodox) fue revisada para incluir la indicación fuera de la etiqueta de carcinoma de endometrio. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para incluir esta indicación fuera de la etiqueta, y la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para agregar el código de diagnóstico correlacionado 182.0. En adición, la sección “Sources of Information and Basis of Decision” fue actualizada.

**Fecha de vigencia**

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 1 de mayo 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](#).

**Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD de Parte B****Identificador de LCD: L29289 (Florida)****Identificador de LCD: L29399 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios de terapia y rehabilitación fue revisada más recientemente el 1 de enero de 2014. Desde ese momento, la LCD fue actualizada para reflejar el lenguaje actual con base en la petición de cambio (CR) 8458 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualizaciones manuales para clarificar la cobertura del centro de enfermería especializada (SNF), centros hospitalarios de rehabilitación (IRF), salud en el hogar (HH) y pacientes ambulatorios (OPT) conforme a Jimmo vs Sebelius).

**Fecha de vigencia**

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 7 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](#).

**Therapy services billed by physicians/nonphysician practitioners – revisión a la LCD de Parte B****Identificador de LCD: L32807 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios de terapia de médicos/profesionales de la salud fue efectiva para los servicios prestados a partir del 9 de octubre de 2012, para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde entonces, la LCD fue actualizada para reflejar el texto actual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en base a la petición de cambio (CR) 8458 (actualizaciones al manual para clarificar la cobertura del centro de enfermería especializada (SNF), centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF), salud en el hogar (HH), y ambulatoria (OPT) conforme a Jimmo vs Sebelius).

**Fecha de vigencia**

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 7 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](#).

## Vestibular function tests – revisión a la LCD de Parte B

**Identificador de LCD: L29305 (Florida)**  
**Identificador de LCD: L29407 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para las pruebas de la función vestibular ha sido revisada para clarificar las calificaciones y el adiestramiento para las pruebas diagnósticas, (códigos *Current Procedural Terminology*® (CPT®) 92540-92547), para ser congruente con el texto de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el *Medicare Benefit Policy Manual, Publicación 100-02, capítulo 15, sección 80: 80.3-80.3.1*. Esta revisión está basada en una correspondencia para pedir aclaraciones sobre las calificaciones del individuo que pueda realizar la parte técnica de las pruebas de función vestibular. También, First Coast Service Options, Inc. (First Coast) revisó nuevamente el texto en la sección de las indicaciones y limitaciones de cobertura de la LCD.

Esta LCD ha sido revisada para describir las indicaciones

y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, adiestramiento y experiencia, limitaciones, y las pautas de utilización para las pruebas de la función vestibular. Además, las pautas de codificación fueron actualizadas para ser congruentes con las revisiones en la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 30 de junio 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](#).

## Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – revisión a la LCD de Parte B

**Identificador de LCD: L31243 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) fue revisada para incluir la indicación de la enfermedad de Peyronie, la cual fue aprobada por la FDA el 6 de diciembre de 2013. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para añadir la indicación de la enfermedad de Peyronie; la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para añadir el código de diagnóstico correlacionado 607.85. También, las siguientes secciones fueron actualizadas para incluir un texto sobre la enfermedad de Peyronie: “Documentation Requirements,” “CPT/HCPCS Codes,” y “Utilization Guidelines.” Además, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada, así como también, el documento adjunto “Coding Guidelines”.

Además, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD también fue revisada para clarificar un texto relacionado a

las contracturas de Dupuytren y el medicamento de anticoagulación.

### Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la aprobación de la FDA para la enfermedad de Peyronie es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 13 de mayo de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 6 de diciembre de 2013**. La revisión relacionada a las contracturas de Dupuytren es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de mayo 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](#).

## Noncovered services – revisión a la LCD de Parte B

**Identificador de LCD: L29288 (Florida)**

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

Los siguientes códigos *Current Procedural Terminology*® (*CPT*®) fueron evaluados y fue determinado que no cumplen con los límites razonables y necesarios de Medicare para cobertura. Por lo tanto, los códigos de categoría III *CPT*® 0335T, 0336T, 0337T, 0340T, 0341T, 0342T y 0346T han sido añadidos a la sección “*CPT*®/HCPCS-codes” de la LCD.

Cualquier reclamación denegada tendría los derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (Qualified Independent Contractor) necesita ser revisado por un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para la revisión toda la documentación médica relevante e información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Cualquier parte interesada puede solicitar la reconsideración de una LCD después del periodo de notificación. En el caso de los servicios no cubiertos, la parte interesada de la LCD recibirá una lista de los artículos e información relacionada en el dominio público

que fueron tratados por el departamento de política médica en la toma de decisión de no cobertura. Si la parte interesada tiene nueva información basada en la evaluación de la lista, se puede iniciar la reconsideración de la LCD. Es responsabilidad de la parte interesada solicitar la lista probatoria del contratista y presentar los artículos adicionales, datos, e información relacionada para apoyar su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requerimientos de reconsideración de la LCD descritos en el sitio Web.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 30 de junio 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](#).

## Testosterone pellets (Testopel®) – revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD de Parte B

**Identificador de LCD: L33002 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para testosterone pellets (Testopel®) se hizo efectiva para los servicios prestados a partir del 29 enero de 2013. Ante la revisión prepago de reclamaciones, First Coast Service Options Inc. (First Coast) identificó que el código J3490 (unclassified drugs [medicamentos no clasificados]) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) usado para testosterone pellets (Testopel®) (cápsulas de testosterona) está siendo facturado de forma incorrecta. De igual manera, el registro médico de varias reclamaciones no respaldó la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”.

Tal como se indica bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” las cápsulas de testosterona se consideran médicamente razonables y necesarias para la terapia de reemplazo de testosterona de **segunda línea** en hombres con ausencia congénita o adquirida de andrógenos endógenos o deficiencia asociada con hipogonadismo primario o secundario cuando otro reemplazo estándar [intramuscular (IM), bucal, transdérmico] no ha sido clínicamente efectivo para el paciente determinado. La revisión de los registros médicos reveló lo siguiente: Los proveedores no están respaldando la necesidad médica de las cápsulas de testosterona con la documentación de tratamiento sin éxito del reemplazo estándar (por ejemplo, intramuscular (IM), bucal, transdérmico); los proveedores no están

abordando específicamente la razón(es) para una transición a las cápsulas desde otro reemplazo efectivo de testosterona, y por último algunos registros médicos no incluyeron dos niveles totales de testosterona y los niveles libres (cuando se indican) para establecer la necesidad de reemplazo de testosterona. Los registros médicos deben incluir la referencia normal del rango aprobado del Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) para la prueba de testosterona total utilizada.

Para el código HCPCS J3490, la revisión prepago de reclamaciones también reveló que los proveedores no están ingresando el nombre y la dosis del medicamento cuando presentan una reclamación. El proveedor debe indicar el nombre, la concentración y la dosis del medicamento en el bloque 19 en el formulario de la reclamación en papel CMS-1500 (02/12) (o en 2400. SV101-7 en el archivo de reclamación ANSI 837). Por ejemplo, el bloque 19 podría declarar: testosterone pellets (Testopel®), 75 mg per pellet, implanted 225 mg (3 pellets) (cápsulas de testosterona (Testopel®), 75 mg por cápsula, 225 mg implantados (3 cápsulas). Si se utiliza una forma compuesta de cápsulas de testosterona, esto se deberá indicar en el bloque 19 con el nombre, concentración y dosis como se describe en el ejemplo anterior.

Los proveedores tienen instrucciones de continuar facturando el código HCPCS J3490 para cápsulas de testosterona (Testopel®) y el código (*CPT*®) 11980 del *Current Procedural Terminology*® (subcutaneous hormone

Ver **TESTOSTERONE**, en la próxima página

## TESTOSTERONE

De la página anterior

pellet implantation [implantación subcutánea de la cápsula de hormona) en la misma reclamación. Si estos códigos no se facturan en la misma reclamación, la reclamación podrá ser objeto de revisión prepago. Por favor tenga en cuenta que si el código HCPCS J3490 es denegado entonces el código de implantación asociado (código CPT® 11980) también será denegado.

El anexo de la LCD “Coding Guidelines” se ha revisado para incorporar las instrucciones de facturación como se indicó anteriormente.

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

## Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depressive disorder – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L33676 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación magnética transcraneal (TMS) se revisó bajo la sección de la LCD “Indications and limitations of coverage and/or medical necessity”, para clarificar los requisitos apropiados de capacitación y certificación del psiquiatra, neurólogo y el técnico que realizan la terapia TMS. El psiquiatra y neurólogo que prescriben y supervisan deben haber cumplido con todos los siguientes criterios:

- Completaron una beca o residencia en psiquiatría o neurología
- Completaron y demostraron competencia en el dispositivo de TMS en un curso de adiestramiento basado en la universidad o en un curso de adiestramiento patrocinado por la compañía
- Proporcionan la supervisión personal de las determinaciones iniciales individuales del límite motor, la definición del parámetro de tratamiento y la planificación y documentación de apoyo del nivel de supervisión del curso de tratamiento TMS
- La entrega y gestión posteriores de las sesiones de TMS pueden ser realizadas por un psiquiatra o neurólogo y/o un técnico debidamente capacitados bajo la supervisión directa del proveedor profesional, psiquiatra o neurólogo, para asegurarse de que el

### Fecha de vigencia

La revisión al anexo de la LCD “Coding Guidelines” es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 6 de mayo 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](#).

paciente tiene a alguien en la asistencia, en todo momento, durante la sesión de TMS

- Durante la entrega y gestión posteriores de sesiones de TMS, el psiquiatra o neurólogo que proveen deben encontrarse cara a cara con el paciente cuando se produce un cambio en el estado mental de la persona y/o cualquier otro cambio significativo en la situación clínica
- Nota: Un técnico debe ser supervisado directamente por un proveedor profesional que es un psiquiatra o neurólogo

Además, se hicieron nuevas revisiones a las secciones de la LCD “Indications of Coverage”, “Coverage Limitations” y “Documentation Requirements”.

### Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de julio 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](#).

**Información médica adicional**

**La adjudicación del contrato de CMS a First Coast no resultará en cambios a las LCD**



El 14 de febrero de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) seleccionaron a First Coast

Service Options Inc. (First Coast) para continuar siendo el contratista administrativo de Medicare (MAC) para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Como resultado de la transición al nuevo contrato, efectivo el 16 de junio de 2014, la jurisdicción 9 (J9) será conocida como la jurisdicción (JN).

Las LCD actuales de MAC J9 harán la transición a MAC JN y retendrán los mismos números de identificación en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (MCD). Ya que First Coast retendrá los mismos números de identificación de contratista que están actualmente listados en la MCD, no se realizará ningún cambio en el contenido o el método de acceso a las LCD como resultado de la transición a JN.

First Coast espera con interés continuar sirviendo al beneficiario y a las comunidades del proveedor en JN.

**Nota:** La transición de J9 a JN será completada para el 16 de junio de 2014.

**Encuentre rápido sus favoritos  utilice Clics Rápidos**

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

## 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (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		
<b>Catálogo de honorarios de 2014</b> – 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (inglés) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (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. <b>Nota:</b> 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 [ ]				
<b>Escriba de manera legible</b>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</b>	\$

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

### 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

### RAILROAD MEDICARE

#### Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

## 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

## Números 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](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIOS

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://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 educacionales**  
Medicare Parte B. Educación y alcance al proveedor de Medicare  
P. O. Box 45157  
Jacksonville, FL 32232-5157

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

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

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

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

## Números telefónicos

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

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

**Correo electrónico:** [AskFloridaB@fcso.com](mailto: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](http://www.cms.gov)

**Beneficiarios**  
Centros de Servicio de Medicare y Medicaid  
[www.medicare.gov](http://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](http://www.cms.gov)

### Beneficiarios

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid  
[www.medicare.gov](http://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](mailto:AskFloridaB@fcso.com)

FAX: 1-904-361-0696

### Servicio al cliente Beneficiarios

1-800-MEDICARE  
Impedimentos 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 de eventos educacionales

1-904-791-8103

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

**Opción 1** - soporte a la transacción

**Opción 2** - soporte PC-ACE

**Opción 4** - soporte de inscripción

**Opción 5** - prueba 5010

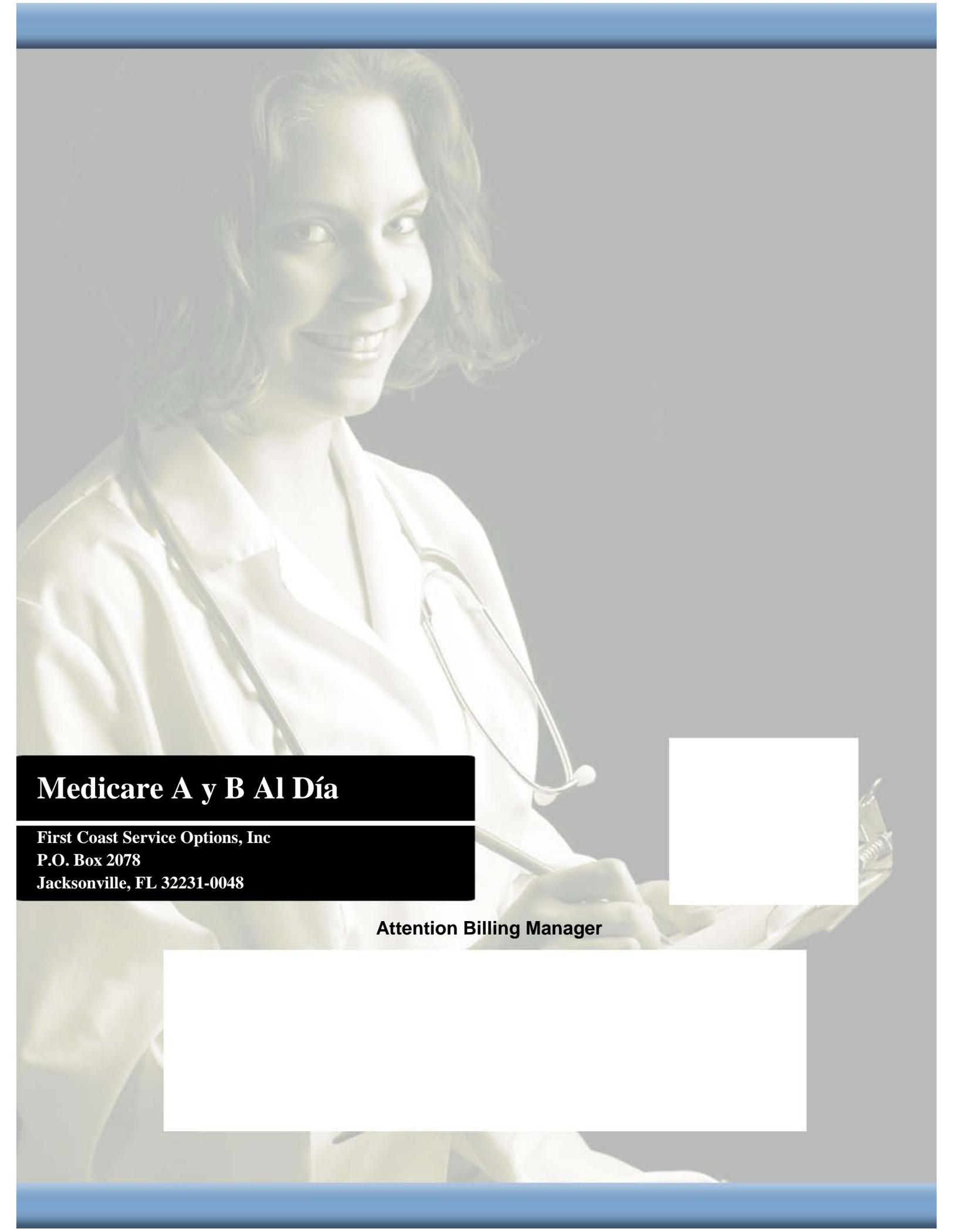
**Opción 6** - línea de respuesta automática

### DME, reclamaciones ortóticas o 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**