

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Junio 2014



## En esta edición

Cobertura de Medicare para pruebas clínicas.....	3
CMS publica la conversión a ICD -10.....	4
Actualización de julio a la base de datos.....	10
Instrucciones para el centro de salud.....	16
Publicación fuera del ciclo del pricer.....	18
Revisión de la investigación generalizada.....	26

## Actualización de la Ley de Transparencia de Pagos (el Sunshine Act)

### Comienza la inscripción del portal

El Enterprise Portal de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) está ahora disponible para que los médicos y los representantes de los hospitales de enseñanza comiencen el proceso de inscripción (fase 1). Tenga en cuenta que la inscripción en el Enterprise Portal es un proceso separado a la inscripción en el sistema de la Ley de Transparencia de Pagos. La inscripción a Enterprise Portal es el primer paso requerido para permitir la inscripción en el sistema de la Ley de Transparencia de Pagos cuando esté disponible en la fase 2.

Aunque la inscripción en el Enterprise Portal y el sistema de la Ley de Transparencia de Pagos es un proceso voluntario, es requerido si el médico u hospital de enseñanza quiere poder revisar y disputar cualquiera de los datos reportados sobre ellos por los fabricantes aplicables y las organizaciones de compras grupales (GPO) aplicables. La inscripción para los médicos y los hospitales de enseñanza será llevada a cabo en dos fases para este primer año de reporte de la Ley de Transparencia de Pagos:

**Fase 1 (disponible ahora):** incluye la inscripción del usuario en el CMS Enterprise Portal. Utilice la [presentación "Phase 1 Step-by-Step CMS Enterprise Portal Registration"](#)

*for Physicians and Teaching Hospitals"* para orientación sobre cómo completar esta porción de la inscripción; este recurso también es publicado en las páginas de los médicos y hospitales de enseñanza del [sitio Web de "Open Payments"](#).

**Fase 2 (comienza en julio):** incluye la inscripción del médico y hospital de enseñanza en el sistema de la Ley de Transparencia de Pagos y les permite revisar y disputar los datos presentados por los fabricantes aplicables y las GPO antes de la publicación de los datos. **Nota:** Cualquier dato que sea disputado, si no es corregido por la industria, aún será publicado pero será marcado como en disputa. [Aprenda más sobre el proceso de revisión y disputa.](#)

La inscripción del médico y de los hospitales de enseñanza en el CMS Enterprise Portal es completada una vez usted reciba el reconocimiento de que su solicitud del sistema de la Ley de Transparencia de Pagos ha sido recibida. *Usted no podrá acceder al sistema de la Ley de Transparencia de Pagos antes de que comience la fase 2 en julio*, así que si usted intenta acceder a la Ley de Transparencia de Pagos a través del Enterprise Portal, los botones y las funciones que usted verá en la pantalla principal de "Welcome to Open Payments" ("Bienvenido a la Ley de Transparencia de Pagos") no estarán funcionando hasta que el sistema

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la página 6



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

# Tabla de contenido

## Partes A y B

### Cobertura

Acceso a las actualizaciones de las LCD de ICD-10 en la base de datos.....	3
Cobertura de Medicare para pruebas clínicas de descompresión lumbar .....	3

### ICD-10

CMS publica la conversión de ICD-10 y las revisiones de codificación.....	4
Cambios al software de NCD .....	4
Resultados exitosos de la semana de prueba de reconocimiento.....	5

### Información general

Mandatorio el reporte del número de investigación o prueba clínica.....	6
Los registros médicos extraordinarios crean resultados superiores .....	7
Modificando el archivo de la base de datos del beneficiario de Medicare .....	9

### Intercambio electrónico de datos

Actualización de los códigos de la categoría del estatus de la reclamación.....	9
---	---

### Tarifas fijas

Actualización de julio a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare.....	10
--	----

### Recursos educativos

Calendario de eventos.....	11
MLN Connects™ Provider e-News.....	12

## Parte A

### Centros de enfermería especializada

Tres días previos a la hospitalización.....	13
---	----

### Información general

Instrucciones para el centro de salud mental comunitaria .....	16
Guía de facturación para las clínicas de salud en zonas rurales.....	16

### Intercambio electrónico de datos

CMS publica las especificaciones del editor de códigos ambulatorios.....	16
--	----

### Sistema de pago prospectivo

Actualización del sistema de pagos prospectivos para pacientes.....	17
Publicación fuera de ciclo del pricer del sistema de pagos prospectivos .....	18

### Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	19
-------------------------------	----

Rechazos más frecuentes.....	20
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....	21

### Determinaciones locales de Cobertura

Parte A.....	22
--------------	----

### Revisiones a las LCD existentes

Ferrlecit® and Venofer® – revisión a la LCD de Parte A.....	23
Topotecan hydrochloride (Hycamtin®) .....	23

### Información médica adicional

Reclamaciones para los códigos de procedimiento de ICD-9-CM.....	23
--	----

### Contactos de Parte A de Puerto Rico..... 24 |

### Contactos de Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos..... 25 |

## Parte B

### Cobertura

Revisión de la investigación generalizada para los códigos de IVIG.....	26
Actualización de julio de 2014 del sistema de pagos de ASC.....	27

### Información general

Mejora al sistema de respuesta automática (IVR) de Parte B.....	28
---	----

### NCCI

Actualizaciones de las ediciones de la iniciativa nacional de codificación.....	28
Uso adecuado del modificador 59.....	28

### Gráficos

Preguntas más frecuentes.....	29
Denegaciones más frecuentes .....	30
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....	31

### Determinaciones locales de cobertura

Parte B .....	32
---------------	----

### Revisiones a las LCD existentes

Ferrlecit® and Venofer® – revisión a la LCD de Parte B.....	33
Topotecan hydrochloride (Hycamtin®).....	33

### Ordenar materiales de Parte B..... 34 |

### Contactos de Parte B de Puerto Rico..... 35 |

### Contactos de Parte B de Florida..... 36 |

### Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos..... 37 |

## Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 6  
Junio 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

# Acceso a las actualizaciones de las LCD de ICD-10 en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS

Número de *MLN Matters*: SE1421  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los contratistas desarrollan una determinación de cobertura local (LCD) para definir mejor una determinación nacional de cobertura (NCD) o en la ausencia de una NCD específica. Una LCD es una decisión de cobertura hecha a discreción del contratista en su jurisdicción.

### ¿Está buscando las LCD convertidas a ICD-10?

Una lista de las LCD convertidas a ICD-10 está disponible en el [índice de las LCD por contratista](#). Utilice el cuadro de desplazamiento en el índice para seleccionar a su

## Cobertura de Medicare para pruebas clínicas de descompresión lumbar percutánea guiada por imagen

Número de *MLN Matters*: MM8757  
Número de petición de cambio relacionado: 8757  
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de mayo de 2014  
Fecha de efectividad: 9 de enero de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R167NCD y R2959CP  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 9 de enero de 2014, Medicare cubrirá la descompresión lumbar percutánea guiada por imagen (PILD) para la estenosis espinal lumbar (LSS) para los beneficiarios de Medicare inscritos en una prueba clínica aprobada.

PILD es una descompresión posterior de la columna lumbar realizada bajo la guía de imagen indirecta sin la visualización directa de la zona quirúrgica. El procedimiento generalmente se plantea como un tratamiento sintomático cuando LSS no responde a la terapia conservativa.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualmente no cubren PILD fuera de las condiciones descritas en el artículo completo de *MLN Matters*<sup>®</sup>. Sin embargo, CMS ha determinado la cobertura limitada de PILD cuando se proporciona en un estudio clínico a



contratista administrativo de Medicare (MAC) y seleccione el botón "Submit" para ver una lista de los estados a los cuales el MAC especificado ofrece servicios. Luego usted puede seleccionar el nombre de su MAC de la tabla para ver las futuras LCD traducidas.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1421.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1421

*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.*

través de la cobertura con el desarrollo de la evidencia. Los criterios completos para la cobertura se describen en el *National Coverage Determinations (NCD) Manual* en NCD150.13.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8757.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8757, 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/R167NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2959CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 167, CR 8757 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2959, CR 8757

*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**

## CMS publica la conversión de ICD-10 y las revisiones de codificación con actualizaciones de ICD-9 a las determinaciones de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*: MM8691  
 Número de petición de cambio relacionado: 8691  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de mayo de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014 (para las actualizaciones de ICD-9 y todas las ediciones del sistema local) 1 de octubre de 2014 (para las ediciones designadas del sistema compartido de ICD-9) 1 de octubre de 2015 (para todas las actualizaciones de ICD-10) (o cuando ICD-10 sea implementado) determinado por ICD-10.  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1388OTN  
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014 (para las actualizaciones designadas de ICD-9 y todas las ediciones del sistema local) 6 de octubre de 2014, para todas las actualizaciones de ICD-10 (o cuando ICD-10 sea implementado) a ser determinado por ICD-10.

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la primera actualización de mantenimiento de las conversiones a ICD-10 y las actualizaciones de codificación específicas a las determinaciones de cobertura nacional (NCD).

En el comunicado, CMS creó y actualizó la edición de NCD tanto de las ediciones del sistema compartido de codificación fija, así como las ediciones locales de MAC que contienen los códigos de procedimiento y diagnóstico

## Cambios al software de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM8797  
 Número de petición de cambio relacionado: 8797  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de junio de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2976CP  
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

**Resumen**

La Protecting Access to Medicare Act de 2014 (PAMA) fue promulgada, la cual dice que el secretario de salud y servicios humanos no puede adoptar los códigos de ICD-10 antes del 1 de octubre de 2015. Por lo tanto, de acuerdo con el Medicare Claims Processing Manual (capítulo 16, sección 120.2), el software de edición de la determinación nacional de cobertura (NCD) de laboratorio será actualizado para continuar el procesamiento de los códigos de diagnóstico de ICD-9.

**Nota:** No hay actualizaciones a las listas de códigos de NCD de laboratorio para este trimestre.

de ICD-9 o los códigos de procedimiento y diagnóstico de ICD-10. Hay 29 hojas de cálculos incluidas con el artículo de la petición de cambio las cuales están relacionadas a nueve NCD. Estas hojas de cálculos proveen políticas pertinentes e información de codificación necesaria para implementar ICD-10.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8691.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8691, 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/R1388OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1388, CR 8691

*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 adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8797.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8797, 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/R2976CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2976, CR 8797

*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.*

## Resultados exitosos de la semana de pruebas de reconocimiento de CMS ICD-10

### Pruebas adicionales programadas para el próximo año

En marzo pasado, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) llevaron a cabo una semana de pruebas de ICD-10 exitosa. Los probadores presentaron más de 127,000 reclamaciones con códigos de ICD-10 para los sistemas de reclamaciones del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija (FFS) de Medicare y recibieron reconocimientos electrónicos confirmando que sus reclamaciones fueron aceptadas.

Aproximadamente 2,600 proveedores participantes, suplidores, compañías de facturación y casas de facturación participaron en la semana de pruebas, que representan alrededor del cinco por ciento de todos los remitentes. Las casas de facturación, que presentan reclamaciones en nombre de los proveedores, fueron el equipo de prueba más grande, las cuales presentaron el 50 por ciento de todas las reclamaciones de prueba. Otros probadores incluyen prácticas médicas grandes y pequeñas, hospitales grandes y pequeños, laboratorios, centros quirúrgicos ambulatorios, centros de diálisis, proveedores de salud en el hogar y proveedores de ambulancia.

Nacionalmente CMS aceptó el 89 por ciento de las reclamaciones de prueba, con algunas regiones reportando tasas de aceptación tan altas como 99 por ciento. Las tasas de aceptación normales de las reclamaciones de Medicare FFS promedian 95-98 por ciento. Las pruebas no identificaron ningún problema con los sistemas de reclamaciones de Medicare FFS.

Esta semana de prueba ofreció la oportunidad para que tanto los proveedores como CMS aprendan lecciones valiosas sobre el procesamiento de las reclamaciones de ICD-10. En muchos casos, los probadores incluyeron intencionalmente ciertos errores en sus reclamaciones

para asegurarse de que la reclamación sería rechazada, un proceso frecuentemente conocido como pruebas negativas. Para ser procesadas correctamente, todas las reclamaciones deben tener un código de diagnóstico válido que coincida con la fecha de servicio y un identificador nacional del proveedor válido. Adicionalmente, las reclamaciones que utilizan ICD-10 tenían que tener un código calificador acompañante de ICD-10 y las reclamaciones que utilizan ICD-9 tenían que usar el código calificador acompañante de ICD-9. Las reclamaciones que no cumplieron con estos requerimientos fueron rechazadas.

HHS espera publicar una regla final provisional en un futuro cercano que incluirá una nueva fecha de cumplimiento que requeriría el uso de ICD-10 comenzando desde el 1 de octubre de 2015. La regla también requerirá que las entidades cubiertas de HIPAA continúen utilizando ICD-9-CM hasta el 30 de septiembre de 2015. Los proveedores, suplidores, compañías de facturación y casas de facturación están invitados a presentar reclamaciones de prueba de reconocimiento en cualquier momento hasta la fecha de implementación anticipada del 1 de octubre de 2015.

Los remitentes deben contactar a su [contratista administrativo de Medicare \(MAC\)](#) para más información sobre las pruebas de reconocimiento. Sin embargo, aquellos que presentan reclamaciones quizás prefieran retrasar las pruebas de reconocimiento hasta después del 6 de octubre de 2014, cuando Medicare actualice sus sistemas.

CMS estará llevando a cabo las pruebas integrales en el 2015. Los detalles sobre estas pruebas se publicarán pronto.

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

### Encuentre rápido sus favoritos utilice Enlaces Populares

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

## ACTUALIZACIÓN

De la página 1

de Pagos”) no estarán funcionando hasta que el sistema abra para la fase 2 en julio.

### Guía del usuario

La [guía del usuario de la Ley de Transparencia de Pagos](#) ha sido ampliamente actualizada y ahora está disponible como un recurso de “una sola parada” para proporcionar a la industria, a los médicos y a los hospitales de enseñanza un amplio conocimiento de los requerimientos de la Ley de Transparencia de Pagos y el sistema de la Ley de Transparencia de Pagos. La guía del usuario incluye definiciones, capturas de pantalla, herramientas y consejos para proporcionar a los usuarios una mejor comprensión de cómo hacer funcionar la colección, el reporte y la revisión de los datos de la Ley de Transparencia de Pagos. Los contenidos están convenientemente organizados por grupo de usuario (industria, médico u hospital de enseñanza), lo cual hace

fácil identificar lo que es más aplicable para usted. La [guía del usuario de la Ley de Transparencia de Pagos](#) puede ser accedida en [la página Web de las hojas informativas y guías de usuarios del programa de la Ley de Transparencia de Pagos](#), otras páginas del sitio Web de la Ley de Transparencia de Pagos y en el sistema de la Ley de Transparencia de Pagos.

### Asistencia técnica en vivo

Para más información sobre la Ley de Transparencia de Pagos, por favor visite el [sitio Web de la Ley de Transparencia de Pagos](#). Si usted tiene cualquier pregunta, puede enviar un correo electrónico a asistencia técnica a [openpayments@cms.hhs.gov](mailto:openpayments@cms.hhs.gov); o llamar al 855-326-8366 para soporte de asistencia técnica en vivo de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6:30 p.m. CT, excluyendo los días de fiesta federales.

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

## Información general

# 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 9 de junio para enfatizar que el código “CT” en frente del número de ensayos clínicos se aplica SOLAMENTE a las reclamaciones en papel y no debe ser codificado en reclamaciones electrónicas.*

### 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 como se especifica 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.*

## Los registros médicos extraordinarios crean resultados superiores para los pacientes

### Herramienta de comunicación

Los médicos han aprendido, durante su capacitación, que el registro médico es su mejor política de seguros para comunicar la calidad de sus habilidades analíticas, su capacidad para resolver problemas y como una guía para el control de la complejidad de la atención del paciente.



La evidencia que surge del aumento del uso de los registros de salud electrónicos confirma que, cuando se aplica de manera apropiada, el registro médico:

- Reduce los errores en la atención de pacientes,
- Reduce las tasas de información clínica faltante,
- Fomenta la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia,
- Reduce los costos al prevenir servicios duplicados y contraindicados,
- Permite coordinar la atención a través del espectro de proveedores,
- Mejora la calidad de los resultados médicos de los pacientes (vea las referencias 1 a 13 que figuran a continuación)

### Calidad de los registros

Cuando se estudió la contribución de los registros médicos rigurosamente estructurados en un entorno de atención crítica (síndrome coronario agudo) en una amplia muestra representativa de los hospitales de los EE. UU. (más de 200), los resultados fueron drásticos: *se observaron diferencias considerables de aumento en el estado de salud de supervivencia y de alta hospitalaria cuando se mantuvieron estándares altos de registros clínicos* (14).

En contraposición, los registros de calidad inferior de pacientes produjeron resultados médicos opuestos en todas las categorías mencionadas anteriormente.

El Colegio Americano de Calidad Médica (American College of Medical Quality, ACMQ) ha perfeccionado aún más los conceptos de calidad de atención y documentación médica (15).

### Auditorías de necesidad médica

La doctrina de **necesidad médica**, que comenzó con la ley original exigida por las disposiciones de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) de 1965 (Medicare) y que fue desarrollada con más profundidad por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), rige la política y la cobertura de pago por parte de los pagadores de atención de salud federal (16). La necesidad médica, a su vez, se evidencia a través de una variedad de criterios, incluidos los criterios de efectividad, adecuación a la presentación del paciente, relevancia para un proceso patológico y que no esté previsto exclusivamente para comodidad del médico, etc. (17-20).

Por lo tanto, se estableció un nexo entre la documentación de necesidad médica y el vehículo del registro médico como herramienta para la coordinación de la atención, la evidencia de los servicios, la minimización del riesgo y la mejora de los resultados médicos.

Las consideraciones antes mencionadas provocaron las auditorías de registros médicos exigidas por CMS, identificadas como pruebas integrales de tasas de error (Comprehensive Error Rate Testing, CERT) (20, 21). El programa de CERT requiere auditorías posteriores al pago de los registros médicos para demostrar que los servicios 1) hayan sido proporcionados y 2) sean de necesidad médica, y tiene la autoridad de recuperar los pagos cuando la evidencia para estos servicios sea inadecuada para un revisor médicamente capacitado.

Por lo tanto, es acertado considerar la auditoría de CERT como una herramienta para determinar la prestación del servicio **y** como un mecanismo para mejorar los resultados médicos generales de calidad de los pacientes.

Por último, un informe del 2014 de Health and Human Services Office of the Inspector General (Oficina de Salud y Servicios Humanos del Inspector General [OIG]) pone en aviso a los proveedores de la Parte A, en cuanto a que exagerar la complejidad y la morbilidad de los pacientes para justificar pagos más altos sería objeto de la actividad de auditoría. La exageración de la necesidad médica de los servicios sobre la base de una documentación insuficiente puede inflar de forma incorrecta el peso de DRG lo que conduce a facilitar el pago en exceso (22). El descubrimiento de este tipo de prácticas puede dar lugar a la recuperación o a sanciones más severas; tales han sido los resultados de otras acciones de la OIG contra los suplidores de atención de salud y los proveedores (23).

### Referencias

1. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality*

Ver **LOS REGISTROS**, en la próxima página

## LOS REGISTROS

De la página anterior

- Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academy Press; 2000.
  3. Rosenfeld S., Bernasek C., Mendelson D. Medicare's next voyage: encouraging physicians to adopt health information technology. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1138-1146.
  4. Hackbarth G., Milgate K. Using quality incentives to drive physician adoption of health information technology. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1147-1149.
  5. Goodman C. Savings in electronic medical record systems? Do it for the quality. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1124-1126.
  6. Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *N Engl J Med*. 2003; 348(25):2526-2534.
  7. Burton L. C., Anderson G. F., Kues I. W. Using electronic health records to help coordinate care. *Milbank Q*. 2004; 82(3):457-481, table of contents.
  8. The White House. Transforming health care: the President's health information technology plan. Disponible en: [http://www.whitehouse.gov/infocus/technology/economic\\_policy200404/chap3.html](http://www.whitehouse.gov/infocus/technology/economic_policy200404/chap3.html). Ingresado el: 17 de julio de 2006.
  9. Hillestad R., Bigelow J., Bower A., et ál. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(5):1103-1117.
  10. Smith P. C., Araya-Guerra R., Bublitz C., et ál. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*. 2005; 293(5):565-571.
  11. Frijling B. D., Lobo C. M., Hulscher M. E., et ál. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabet Med*. 2002; 19(10):836-842.
  12. Sequist T. D., Gandhi T. K., Karson A. S., et ál. A randomized trial of electronic clinical reminders to improve quality of care for diabetes and coronary artery disease. *J Am Med Inform Assoc*. 2005; 12(4):431-437.
  13. Delpierre C., Cuzin L., Fillaux J., Alvarez M., Massip P., Lang T. A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach? *Int J Qual Health Care*. 2004; 16(5):407-416.
  14. Dunlay SM, et al. Medical records and Quality of Care in Acute Coronary Syndromes Results from CRUSADEFREE. *Arch Intern Med*. 2008; 168(15):1692-1698.
  15. <http://www.acmq.org/polices/polices12and13.pdf>
  16. 42 USC § 1395Y (a)(1)(A).
  17. <http://www.pacode.com/secure/data/055/chapter1101/s1101.21a.html>.
  18. <http://archive.ahrq.gov/news/ulp/evidence/ulpevdnc5.htm>.
  19. <http://www.cgsmedicare.com/jc/pubs/news/2010/0310/cope11847.html>.
  20. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/Medicare-FFS-Compliance-Programs/CERT/>.
  21. [http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/CERT/Downloads/CERT\\_101.pdf](http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Monitoring-Programs/CERT/Downloads/CERT_101.pdf).
  22. <http://oig.hhs.gov/oas/reports/region4/41304012.pdf>.
  23. <http://www.justice.gov/opa/documents/gsk/hhs-oig-corp-integrity-agreement.pdf>.

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



### Calcule las posibilidades ...

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Header/233400.asp>

## Modificando el archivo de la base de datos del beneficiario de Medicare para incluir los códigos de diagnóstico en el HETS

Número de *MLN Matters*: MM8456 *Anulado*  
Número de petición de cambio relacionado: 8456  
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de mayo de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R1386OTN  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

*Una revisión de la petición de cambio (CR) 8456, publicada el 16 de mayo, eliminó la necesidad de educación para el proveedor. Por lo tanto, este artículo ha sido rescindido.*

### Resumen

Este artículo fue rescindido el 20 de mayo como resultado de una revisión de la petición de cambio (CR) 8456, publicada el 16 de mayo. La revisión de la CR eliminó

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

la necesidad de educación para el proveedor lo que ha resultado en que este artículo está siendo rescindido.

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8456, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R1386OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1386, CR 8456

## Intercambio electrónico de datos

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

Número de *MLN Matters*: MM8684  
Número de petición de cambio relacionado: 8684  
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de mayo de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2967CP  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

El Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos los pagadores de los beneficios del cuidado de la salud utilicen solamente los códigos de la categoría del estatus de la reclamación y los códigos del estatus de la reclamación aprobados por el comité nacional de mantenimiento de código. El comité nacional de mantenimiento de código se reúne en febrero, junio y octubre de cada año. El comité toma decisiones sobre las adiciones, modificaciones y retiro de los códigos existentes.

Los cambios en el código, en estas instrucciones, son para ser utilizados en la edición de todas las transacciones procesadas a partir del 1 de octubre de 2014 y son reflejadas en las transacciones x12 277 emitidas en o después de esa fecha. Todos los cambios de código aprobados durante la reunión del comité en junio de 2014

se publicarán en o alrededor del 1 de julio de 2014, en <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/> y <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/>. En las listas de códigos se incluyen los detalles específicos, incluyendo la fecha en que se añadió un código, se cambió o fue eliminado.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8684.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8684, 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/R2967CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2967, CR 8684

*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 otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar un resumen, no de sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*



**Tarifas fijas**

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

Número de *MLN Matters*: MM8773  
 Número de petición de cambio relacionado: 8773  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de junio de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2974CP  
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

**Resumen**

La petición de cambio (CR) 8773 enmienda los archivos de pago en base a la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014. El artículo de *MLN Matters*® provee un resumen de los cambios de códigos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para la actualización de julio de 2014.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado como el aviso de 30 días de un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2013, programado para el 1 de julio de 2014.

Efectivo para las fechas de servicios desde julio hasta el 31 de diciembre de 2014, las cantidades de pago por los servicios de quiropráctica han sido revisadas.

Estos cambios pueden ser accedidos a continuación:

*Florida*

*Puerto Rico*

*Islas Vírgenes de los Estados Unidos*

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8773.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8773, 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/R2974CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2974, CR 8773

*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 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)

## Recursos educativos

### Calendario de eventos

#### Julio de 2014

EDI presenta una visión general de PC-ACE Pro32, el software gratuito de facturación institucional de Medicare. Parte B.

Cuando: 21 de julio de 2014

Hora: 9:00-11:00 a.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/268898.asp>

EDI presenta una visión general de PC-ACE Pro32, el software gratuito de facturación institucional de Medicare. Parte A.

Cuando: 21 de julio de 2014

Hora: 11:30 a.m. -1:30 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/268887.asp>

PQRS 201: Lo que los proveedores necesitan saber para ganar el incentivo o evitar ajustes de pagos futuros .Parte B.

Cuando: 21 de julio de 2014

Hora: 2:00 - 4:00 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/268897.asp>

Medicare Speaks 2014 Fort Lauderdale

Cuando: 22-23 de julio de 2014

Hora: 7:30 a.m.- 4:45 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/268954.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, 29 de mayo de 2014 – <http://go.usa.gov/8Pg>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 5 de junio de 2014 – <http://go.cms.gov/S8OnGR>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 12 de junio de 2014 – <http://go.usa.gov/8ugz>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 19 de junio de 2014 – <http://go.cms.gov/UMqZky>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 26 de junio de 2014 – <http://go.usa.gov/9m3B>

### **Medicare Learning Network®**

El *Medicare Learning Network*® (MLN) es el lugar para la educación, información y los recursos para la comunidad de profesionales del cuidado de la salud. El MLN proporciona acceso a la información del programa de CMS que usted necesita, cuando usted lo necesita, de tal forma que usted puede enfocarse más en proveer atención a sus pacientes. Encuentre lo que MLN tiene para ofrecerle a usted y a su personal en <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNGenInfo/index.html>.



## Centros de enfermería especializada

### Tres días previos a la hospitalización

#### Historial

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

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

#### Determinación de cobertura

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

#### Pruebas integrales de tasas de error (CERT)

El reporte de CERT de la jurisdicción N (JN) del contratista administrativo de Medicare (MAC) revela que

la documentación médica insuficiente representa hasta un 70 por ciento de todas las reclamaciones denegadas de SNF. El 30 por ciento restante es debido a errores de codificación.

Ejemplo uno, un proveedor facturó un código de grupo de utilización de recursos (RUG) para una evaluación de cinco días del sistema de pagos prospectivos (PPS); sin embargo, había documentación insuficiente en los días de tratamiento de terapia de rehabilitación y la cantidad de tiempo (en minutos) para respaldar el código de RUG facturado. (\*Ver tabla 1 del ejemplo 1)

El proveedor presentó una reclamación para First Coast con el código RUG RUC10 y los datos reportados al estado respaldaron los servicios facturados a First

Coast. Sin embargo, la documentación médica presentada al contratista de auditoría indica que el proveedor falló en codificar suficientemente los minutos de terapia en uno de los cinco días del tratamiento, lo que resultó en un nuevo cálculo de los servicios de terapia para el periodo de evaluación de una categoría de rehabilitación ultra alta a una mediana.

Ejemplo dos, un proveedor facturó una reclamación a

First Coast; sin embargo, el requerimiento técnico para calificar para cuidado de SNF posterior a la hospitalización no fue cumplido. (\*Ver tabla 2 del ejemplo 2)

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

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



## TRES DÍAS

De la página anterior

\*Tabla 1 del ejemplo 1

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

Ver **TRES DÍAS**, en la próxima página

## TRES DÍAS

De la página anterior

\*Tabla 2 del ejemplo 2

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

**Información general**

## Instrucciones para el centro de salud mental comunitaria para presentar certificados de conformidad

Número de *MLN Matters*: MM8784  
 Número de petición de cambio relacionado: 8784  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de junio de 2014  
 Fecha de efectividad: 15 de julio de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R521PI  
 Fecha de implementación: 15 de julio de 2014

**Resumen**

Efectivo el 29 de octubre de 2014, el centro de salud mental comunitaria (CMHC) debe proveer al menos el 40 por ciento de los servicios a individuos que no son elegibles para beneficios bajo el título XVIII del Social Security Act.

De acuerdo con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el requerimiento mínimo del nivel de servicio del 40 por ciento será medido por el número total de los clientes de CMHC tratados por el CMHC para quienes los servicios no son pagados por Medicare, dividido por el número total de los clientes tratados por el CMHC en el plazo aplicable.

## Guía de facturación para clínicas de salud en zonas rurales y los centros de salud calificados por el gobierno federal

Número de *MLN Matters*: SE1039 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Este artículo de edición especial, originalmente publicado en el 2010, fue actualizado el 5 de junio para reflejar la información actual e incluye los artículos clave disponibles desde su lanzamiento original.*

**Resumen**

Históricamente, las instrucciones de facturación de las clínicas de salud en zonas rurales (RHC) y los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) han sido las mismas. Sin embargo, a partir del 1 de enero de 2011, los requisitos de facturación son diferentes para cada uno de estos tipos de centros de salud.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8784.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8784, 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/R521PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 521, CR 8784

*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.*

Un resumen de los requerimientos de facturación para cada centro, que usted necesita saber a la hora de presentar reclamaciones para ya sea los RHC o los FQHC está detallado en la edición especial del artículo de *MLN Matters*.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1039.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1039

*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 tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

**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

Ver **CMS**, en la próxima página

## CMS

De la página anterior

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)
- El indicador de estatus cambiará de N (packaged incidental service [servicio incidental incluido]) a A (Service not paid under OPPS [servicio no pagado bajo OPPS]) para los servicios de laboratorio presentados en conjunto en un tipo de factura 13x con el modificador L1 ([Unrelated Lab [lab no relacionado]). El pago se basará en el programa de tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS)
- 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.*

## Sistema de pago prospectivo

# Actualización del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios de hospital de julio de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8776

Número de petición de cambio relacionado: 8776

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de mayo de 2014

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2971CP

Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

### Resumen

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

En esta actualización, CMS está implementando en el OPPS 27 códigos del Current Procedural Terminology® (CPT®) categoría III publicados en enero para implementación el 1 de julio. De los 27 códigos, 17 son pagables por separado bajo el OPPS de hospital. Los cambios específicos incluyen:

- Cambios a las ediciones de dispositivos
- Nuevo código de fuente de braquiterapia C2644 (Cesium-131 solución de cloruro)
- 27 códigos CPT® categoría III

- Medicamentos y productos biológicos y adiciones
- Aclaración de pago para ciertos laboratorios de hospital para pacientes internos de Parte B
- Determinaciones de cobertura

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8776.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8776, 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/R2971CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2971, CR 8776

*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.*

## Publicación fuera de ciclo del pricer del sistema de pagos prospectivos de pacientes internos de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8761  
 Número de petición de cambio relacionado: 8761  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de mayo de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2951CP  
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014



### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron el pricer del sistema de pagos prospectivos de pacientes internos (IPPS) del año fiscal (FY) 2014 para incluir los cambios de la aprobación del Protecting Access to Medicare Act de 2014 y las correcciones de algunas atenciones no compensadas por cantidades de reclamación.

Con la actualización, las siguientes políticas del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare han sido extendidas hasta el 31 de marzo de 2015:

- Programa del hospital dependiente de Medicare (MDH), el cual provee pagos mejorados para asistir a los hospitales rurales pequeños para los cuales los pacientes de Medicare constituyen un porcentaje significativo de los días de hospitalización o alta médica
- Ajuste de pago de hospital de pacientes internos de Medicare para hospitales de bajo

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8761.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8761, 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/R2951CP.pdf>.

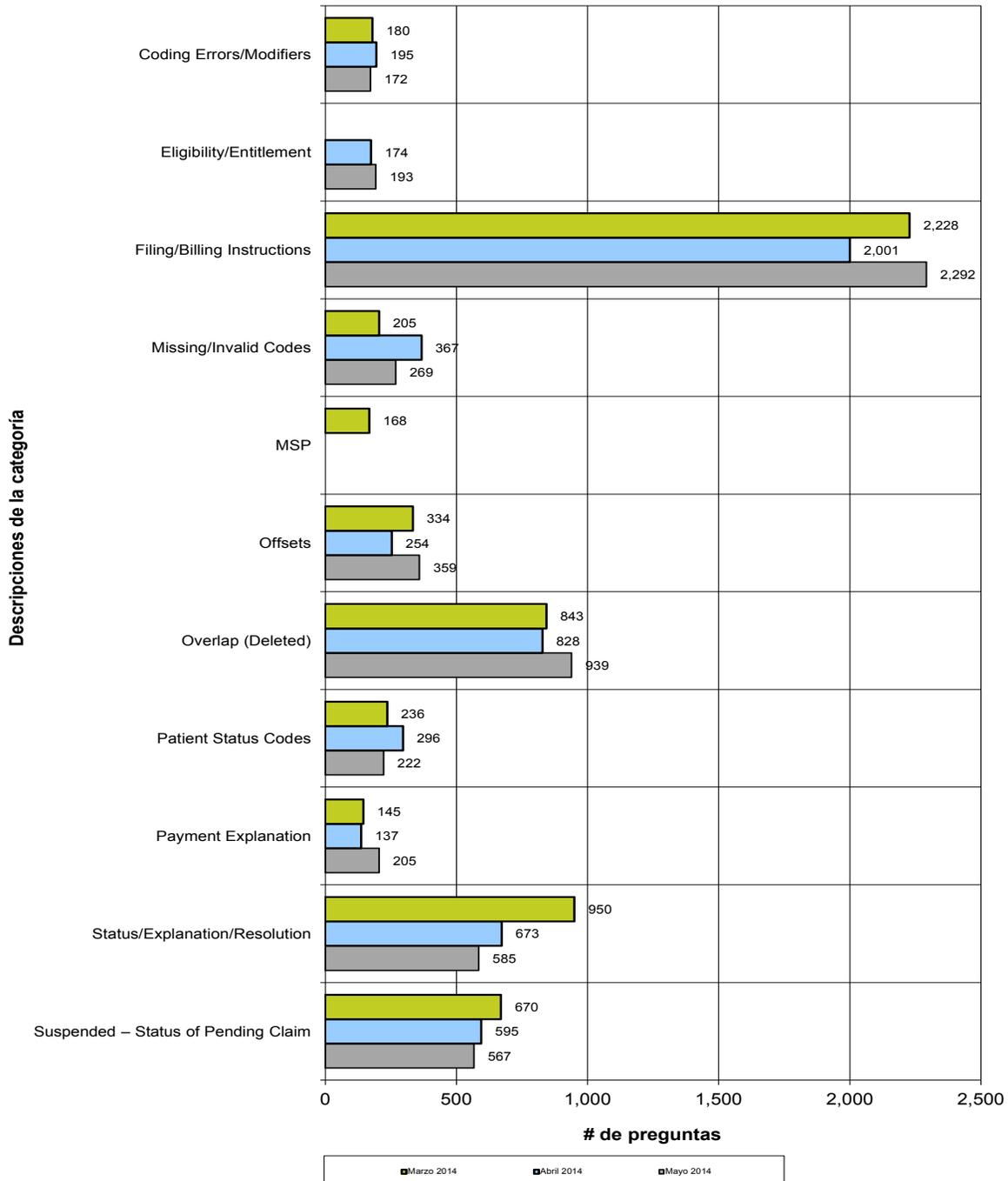
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2951, CR 8761

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

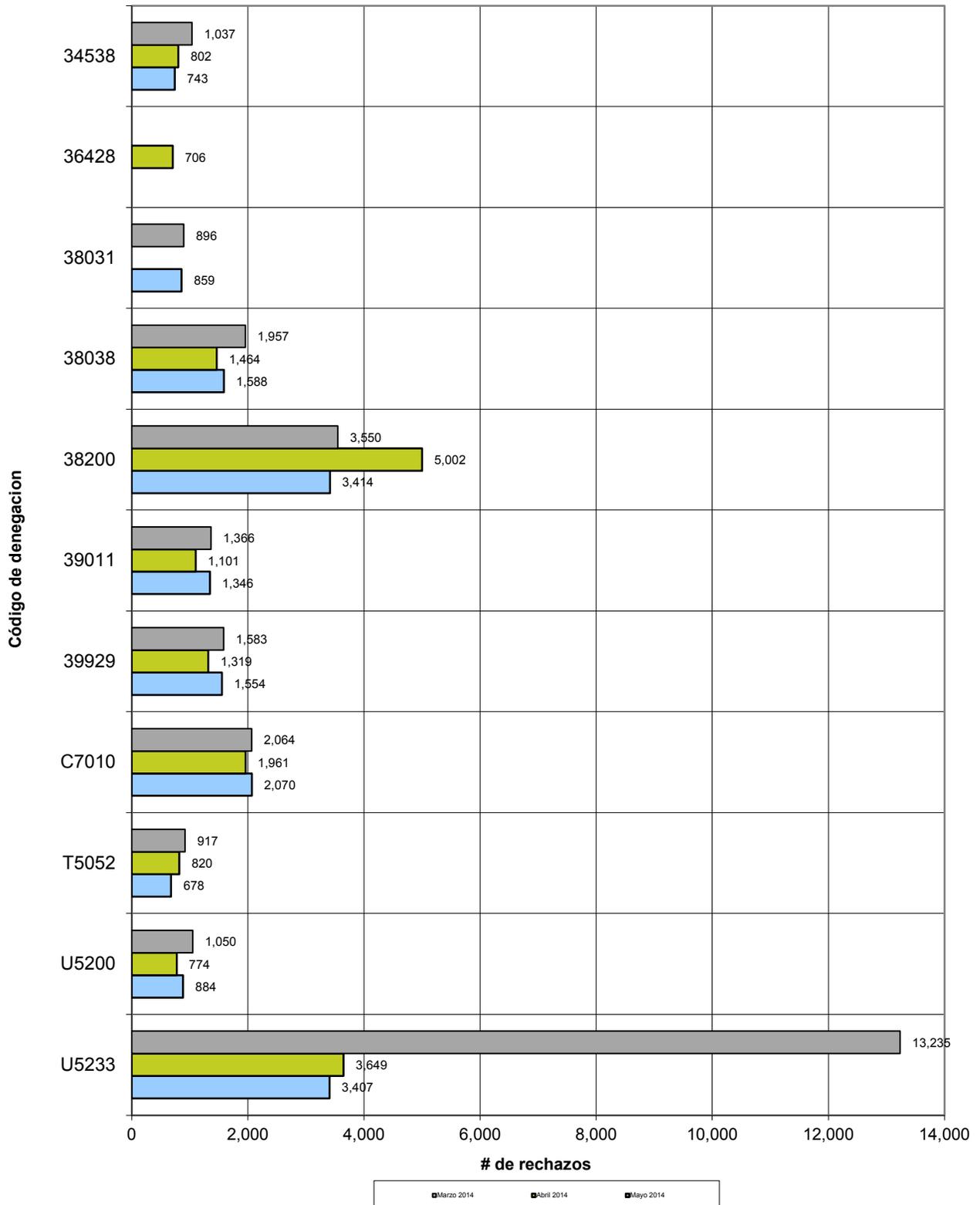
## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en marzo - mayo de 2014

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 Virgenes de Estados Unidos durante los meses de marzo a mayo 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/).

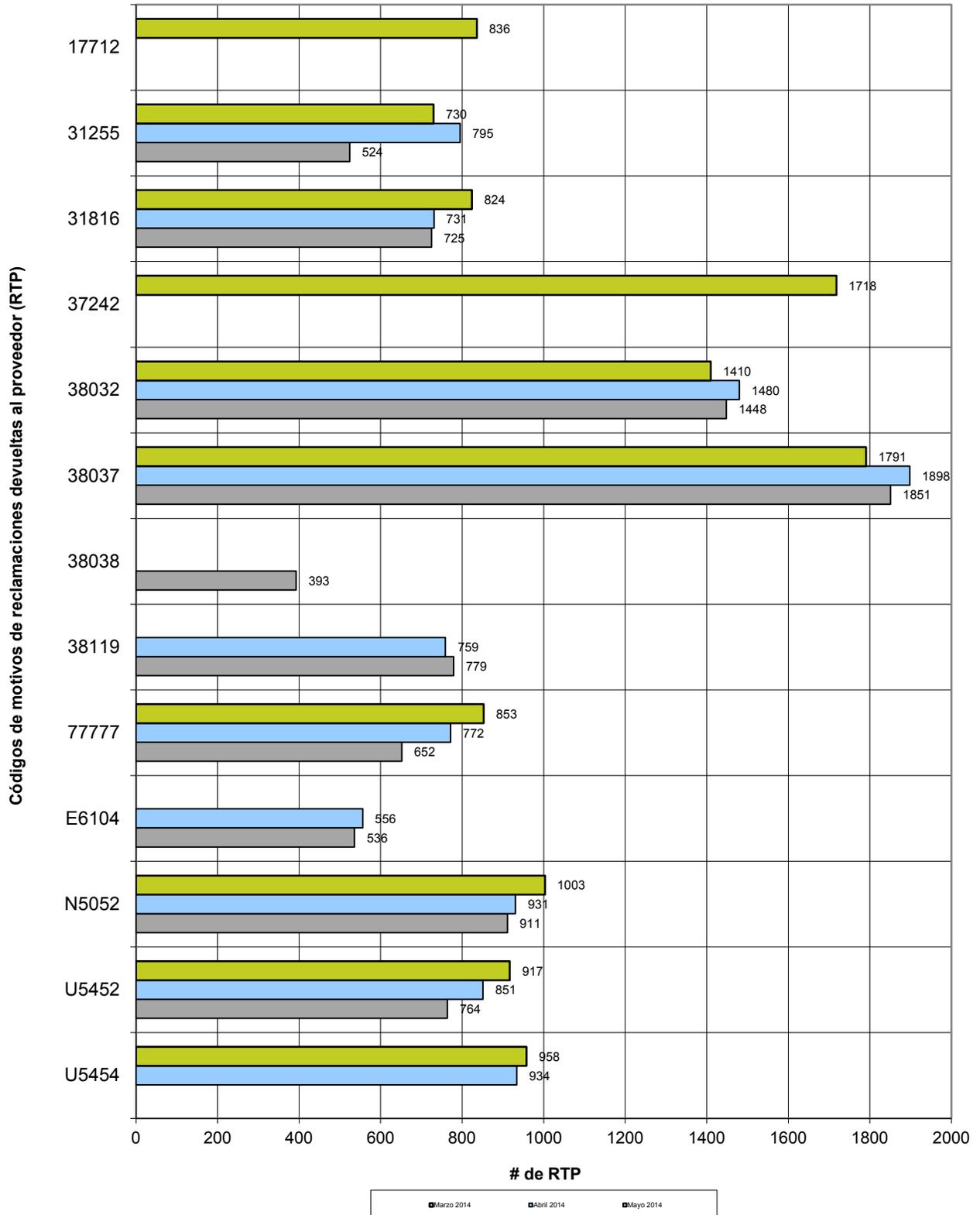
### Preguntas de Parte A más frecuentes en marzo-mayo de 2014



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



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

## Revisones a las LCD existentes

### Ferrlecit® and Venofer® – revisión a la LCD de Parte A

**Identificador de LCD: L28840 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28873 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para Ferrlecit® and Venofer® fue revisada en base a una actualización a la etiqueta de la administración para el control de medicinas y alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para Venofer®. Las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD para Venofer® fueron revisadas para remover un texto que se refiere a “receiving supplemental erythropoietin therapy” (recibiendo terapia suplementaria con eritropoyetina).

### Topotecan hydrochloride (Hycamtin®) – revisión a la LCD de Parte A

**Identificador de LCD: L28993 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29025 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para topotecan hydrochloride (Hycamtin®) 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

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 3 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 N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

#### Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 29 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 N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

## Información médica adicional

### Reclamaciones para los códigos de procedimiento de ICD-9-CM 05.89, 35.97 y 39.71 denegadas por error

#### Problema

Las reclamaciones presentadas con el código de procedimiento de ICD-9-CM 39.71 por los servicios prestados **a partir del 1 de diciembre de 2013**, y con los códigos de procedimiento de ICD-9-CM 05.89 y 35.97 por los servicios prestados **a partir del 1 enero de 2014**, pueden haber sido denegadas incorrectamente por no ser medicamente necesarias.

#### Resolución

El sistema de procesamiento de las reclamaciones de Parte A se ha corregido para aceptar los códigos de procedimiento 05.89, 35.97 y 39.71 de ICD-9-CM.

#### Estatus/Fecha de resolución

El error se corrigió efectivo el 4 de junio de 2014.

#### Acción del Proveedor

Los proveedores cuyas reclamaciones fueron denegadas incorrectamente debido a este error, no necesitan tomar ninguna medida. First Coast Service Options, Inc. llevará a cabo un ajuste masivo para corregir cualquier reclamación denegada por error.

#### Problemas actuales de procesamiento

Aquí está el enlace a una [tabla de problemas actuales de procesamiento](#) para Parte A y Parte B.

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Redeterminaciones

#### Redeterminaciones sobrepagos

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

### Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Otras direcciones importantes

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

[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)

**Cobertura**

## Revisión de la investigación generalizada para los códigos de IVIG

La determinación de cobertura local (LCD) L29205 Intravenous Immune Globulin (IVIG) (inmunoglobulina intravenosa) de First Coast Service Options (First Coast) fue utilizada para la revisión de los registros médicos que se presentan como parte de una revisión de la investigación generalizada para los siguientes códigos:

- J1561 IVIG, (Gamunex-C-Gammaked), no liofilizado (por ejemplo, líquido), 500 mg
- J1568 IVIG, (Octagam), no liofilizado (por ejemplo, líquido), 500 mg
- J1569 IVIG, (Gammagard Liquid), no liofilizado (por ejemplo, líquido), 500 mg

En este artículo se describen los hallazgos de la revisión y se proporcionan referencias específicas en la LCD L29505 relacionadas con información faltante o incompleta.

### Indicaciones y limitaciones de la cobertura y/o necesidad médica

Inmunoglobulina intravenosa (IGIV) es una solución de inmunoglobulina humana preparada específicamente para infusión intravenosa. La inmunoglobulina contiene un amplio rango de anticuerpos que actúan específicamente contra antígenos bacterianos y virales.

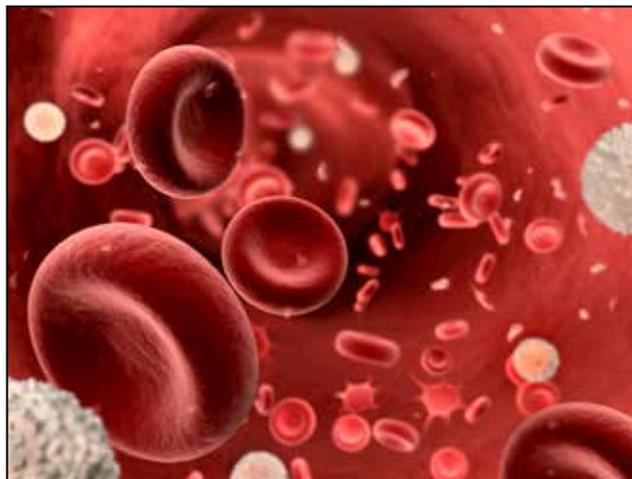
El uso de inmunoglobulina intravenosa deberá ser reservado para los pacientes con defectos graves de la función de los anticuerpos. El objetivo es proporcionar los anticuerpos de la inmunoglobulina G (IgG), para los que carecen de ellos. Medicare ofrecerá cobertura de globulina inmune intravenosa cuando se utiliza en el tratamiento de las siguientes condiciones:

1. Desórdenes de inmunodeficiencia
  - a.) Síndrome de inmunodeficiencia humoral primaria
  - b.) Púrpura trombocitopénica idiopática (ITP)
  - c.) Enfermedad de ITP en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
  - d.) Enfermedad de IVIG en niños con virus de inmunodeficiencia humana (HIV) que no tienen ITP
2. Desórdenes neurológicos
3. Otros desórdenes

- a.) Leucemia linfocítica crónica
- b.) Trasplante de médula ósea (BMT)
- c.) Enfermedad de Kawasaki (síndrome del nodo linfático mucocutáneo)
- d.) Anemia hemolítica autoinmune
- e.) Neutropenia autoinmune
- f.) Enfermedades ampollares mucocutáneas autoinmunes

Medicare también considerará la IVIG como medicamento razonable y necesaria para la siguiente indicación fuera de la etiqueta:

- Síndrome del hombre rígido
  - Hipogammaglobulinemia con NNI (infección sin neutropenia) inducido por ciertos agentes (todos los criterios deben cumplirse):
    - Tratamiento reciente con rituximab en combinación con quimioterapia citotóxica
4. El laboratorio comprobó la hipogammaglobulinemia y un recuento absoluto de neutrófilos sobre 1,000
  5. Infección aguda que requiere hospitalización o una infección que dura más de dos semanas, a pesar de los antibióticos, o una infección recurrente inmediatamente después de la interrupción de los antibióticos
  6. Dosis: 400-600 mg/kg una vez que pueda ser repetida a intervalos estándar con base en la evaluación de laboratorio de los niveles de IG y la persistencia de la infección sin neutropenia



### Hallazgos totales de la investigación generalizada

J1561 tenía un total de 18 reclamaciones de tres proveedores revisados. Catorce reclamaciones fueron denegadas para una tasa de error total de 77.79 por ciento con motivos de denegación que incluyen la falta de información crítica para determinar la necesidad médica y la facturación exacta de los servicios prestados, tales como el peso de los pacientes. Según la LCD L29205, un peso exacto en kilogramos debería ser documentado antes de cada infusión.

J1568 tenía un total de 68 reclamaciones de 13 proveedores analizados. Treinta y cuatro reclamaciones

Ver **REVISIÓN**, en la próxima página

## REVISIÓN

De la página anterior

fueron denegadas para una tasa de error total de 46.85 por ciento. Los motivos de denegación fueron relacionados con documentación faltante o escasa que no cumplió con los requisitos específicos de la LCD L29205. El peso de los pacientes no estaba documentado en muchos de los registros o los archivos tenían información faltante relacionada con los requisitos específicos de diagnóstico. IVIG está indicada para la prevención de las infecciones bacterianas recurrentes y un nivel de inmunoglobulina G de menos de 600 mg/dl en pacientes con hipogammaglobulinemia asociados con células B de leucemia linfocítica crónica; algunos archivos médicos no respaldan que haya sido cumplido este parámetro.

J1569 tenía un total de 18 reclamaciones de tres proveedores. Diez reclamaciones fueron denegadas para

una tasa de error total de 61.41 por ciento. Los motivos de denegación de las reclamaciones revisadas estaban relacionados con la documentación faltante o escasa específicamente relacionada con el peso de los pacientes. Según la LCD L29205, un peso exacto en kilogramos debe ser documentado antes de cada infusión.

### Referencias para información adicional

<http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/> LCD L29205 Intravenous Immune Globulin (inmunoglobulina intravenosa).

Manual electrónico de CMS (IOM) Pub. 100-04, Claims Processing Manual, capítulo 17, Drugs and Biologicals.

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

## Actualización de julio de 2014 del sistema de pagos de ASC

Número de *MLN Matters*: MM8786

Número de petición de cambio relacionado: 8786

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de mayo de 2014

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R2970CP

Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

- Tarifa de pago actualizada para J2788 y J0775

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8786.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8786, 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/R2970CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2970, CR 8786

*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 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.*

### Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio 8786, la cual describe los cambios en las políticas de pago y las instrucciones de facturación asociadas que se implementarán con la actualización de julio de 2014 del sistema de pagos del centro quirúrgico ambulatorio (ASC). Esta actualización incluye los siguientes cambios clave:

- Nuevo código fuente de braquiterapia (C2644)
- Nuevos códigos de categoría III del *Current Procedural Terminology*® (0348T, 0349T, 0350T, 0356T)
- Nuevos medicamentos y productos biológicos (C9022, C9134, Q9970)

### Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en [www.fcsouniversity.com](http://www.fcsouniversity.com)



**Información general**

**Mejora al sistema de respuesta automática (IVR) de Parte B**

First Coast Service Options Inc. (First Coast) se complace en anunciar la mejora más reciente a nuestra opción de reapertura del IVR de Parte B. Comenzando el viernes 20 de junio, los proveedores pueden realizar una reapertura administrativa en las líneas de detalles de la reclamación que han sido denegadas por información que falta o inválida del proveedor que ordena o refiere.

Si su reclamación fue denegada por esta razón, usted puede ahora llamar al IVR y seleccionar esta nueva opción para realizar una reapertura administrativa. El IVR le pedirá la primera inicial del proveedor que ordena o refiere, las primeras cuatro letras del apellido y su número

nacional del proveedor (NPI). El IVR entonces verificará que la información del proveedor que usted ingresó en el IVR coincide con la información en el sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS).

Como un recordatorio, todos los proveedores que ordenan o refieren pacientes de Medicare deben estar inscritos como un proveedor que ordena o refiere en PECOS. Para más información sobre cómo convertirse en un proveedor que ordena o refiere para pacientes de Medicare, por favor [haga clic aquí](#).

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

**NCCI**

**Actualizaciones de las ediciones de la iniciativa nacional de codificación correcta de octubre de 2014, versión 20.3 59**

Número de *MLN Matters*: MM8662  
 Número de petición de cambio relacionado: 8662  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de mayo de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2969CP  
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

**Resumen**

La petición de cambio 8662 proporciona información sobre el último paquete de las ediciones de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 20.3, que entrará en vigor el 1 de octubre de 2014. La versión 20.3 incluye todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente.

**Información adicional**

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

[MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8662.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2969CP.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8662, 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/R2969CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2969, CR 8662

*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.*

**Uso adecuado del modificador 59**

Número de *MLN Matters*: SE1418 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Este artículo, que aclara el uso correcto del modificador 59, fue revisado el 2 de junio para corregir un código en el "ejemplo 8" en la página 7 y hacer un cambio editorial para el "ejemplo 11" en la página 8.*

**Resumen**

La iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) de Medicare y la edición relacionada definen códigos que no deben ser reportados juntos; ya sea en todas las situaciones o en la mayoría de situaciones. El Modificador 59 se utiliza para identificar los procedimientos/servicios, diferentes de los servicios de E/M, que normalmente no son reportados juntos, pero que son apropiados bajo las

circunstancias. La documentación debe respaldar el uso.

**Nota:** El modificador de 59 y otros modificadores asociados **no** deben ser utilizados para evitar la edición a menos que se cumplan los criterios apropiados para el uso del modificador.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1418.pdf>.

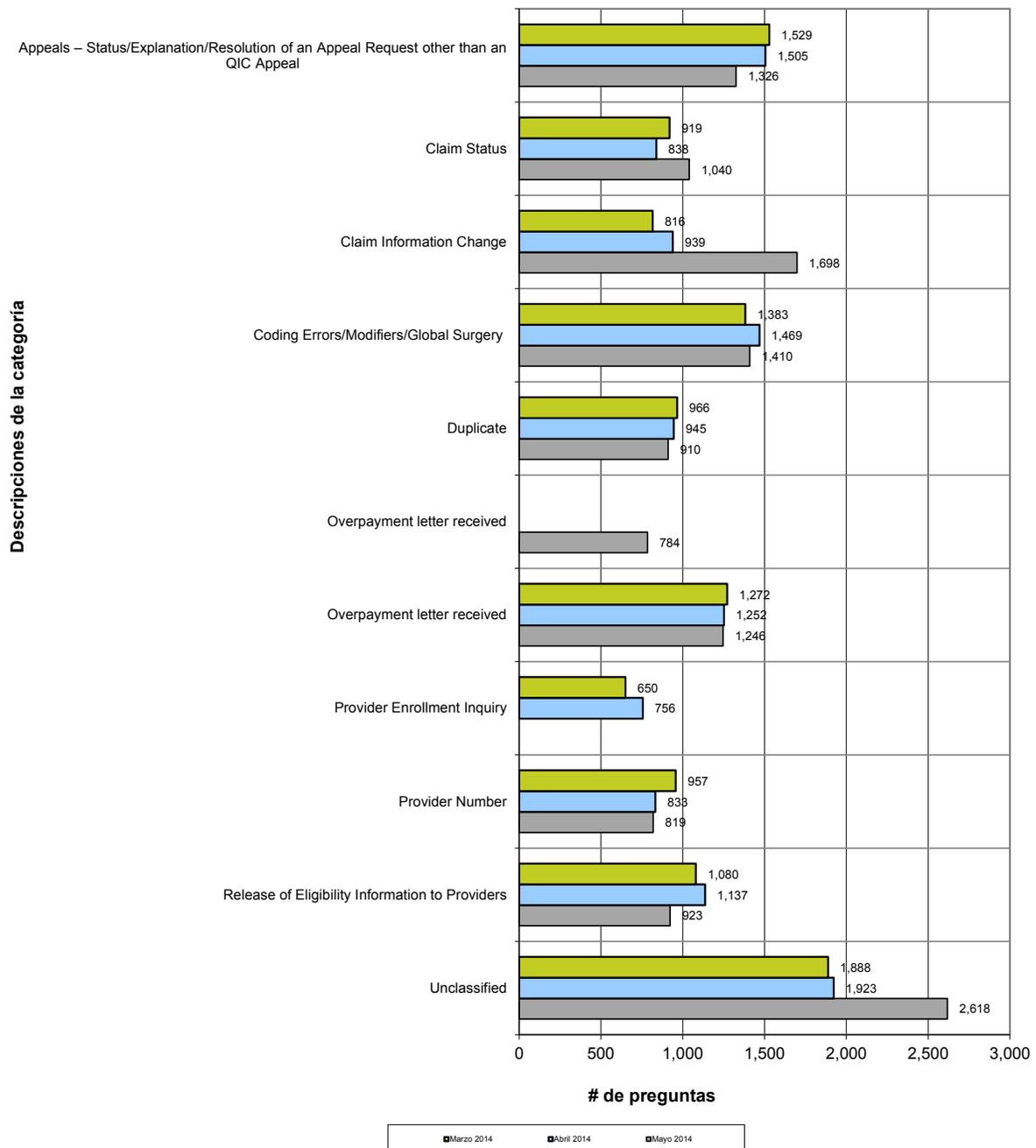
Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1418

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

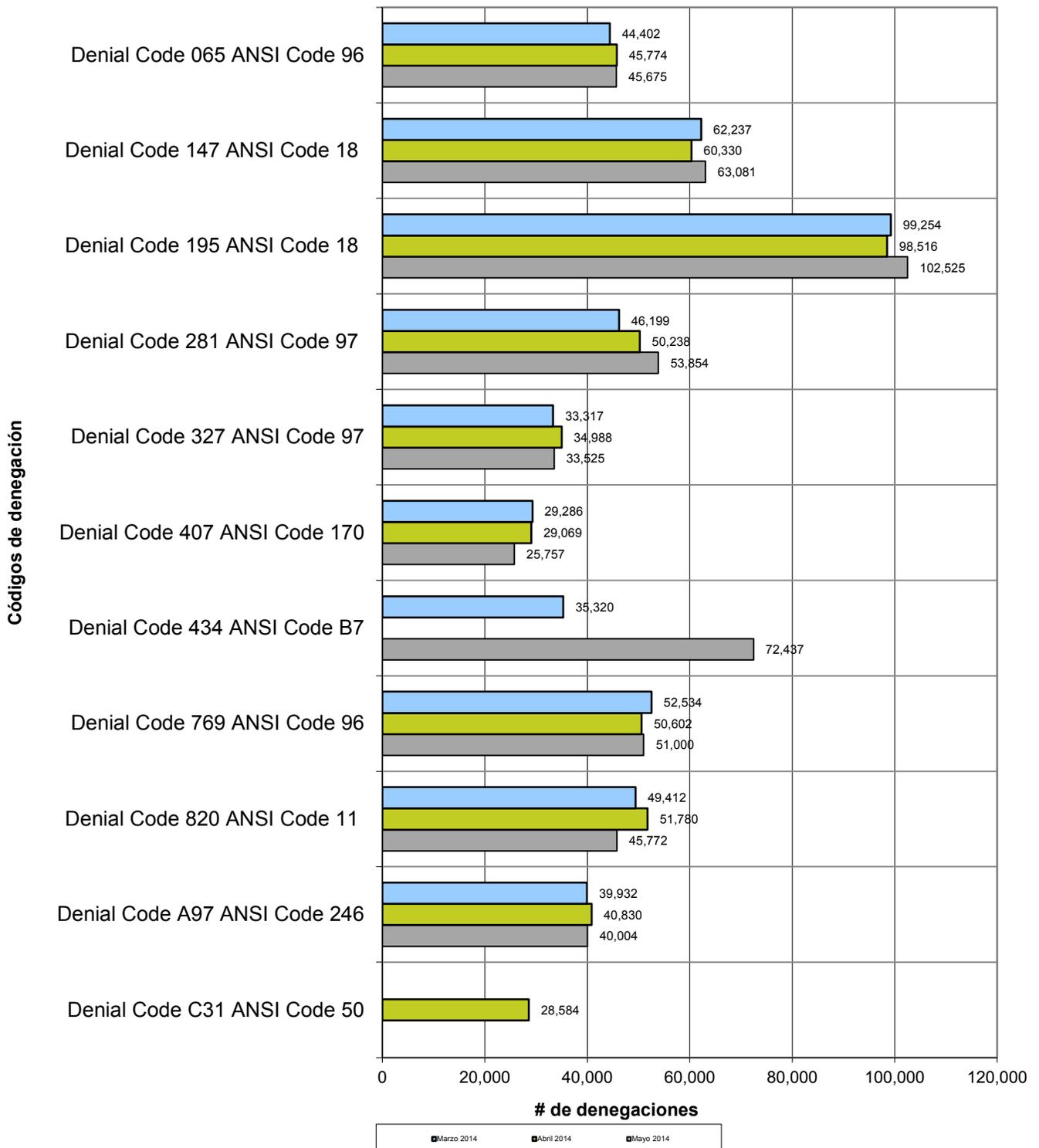
# Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en marzo - mayo de 2014

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 marzo a mayo 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/).

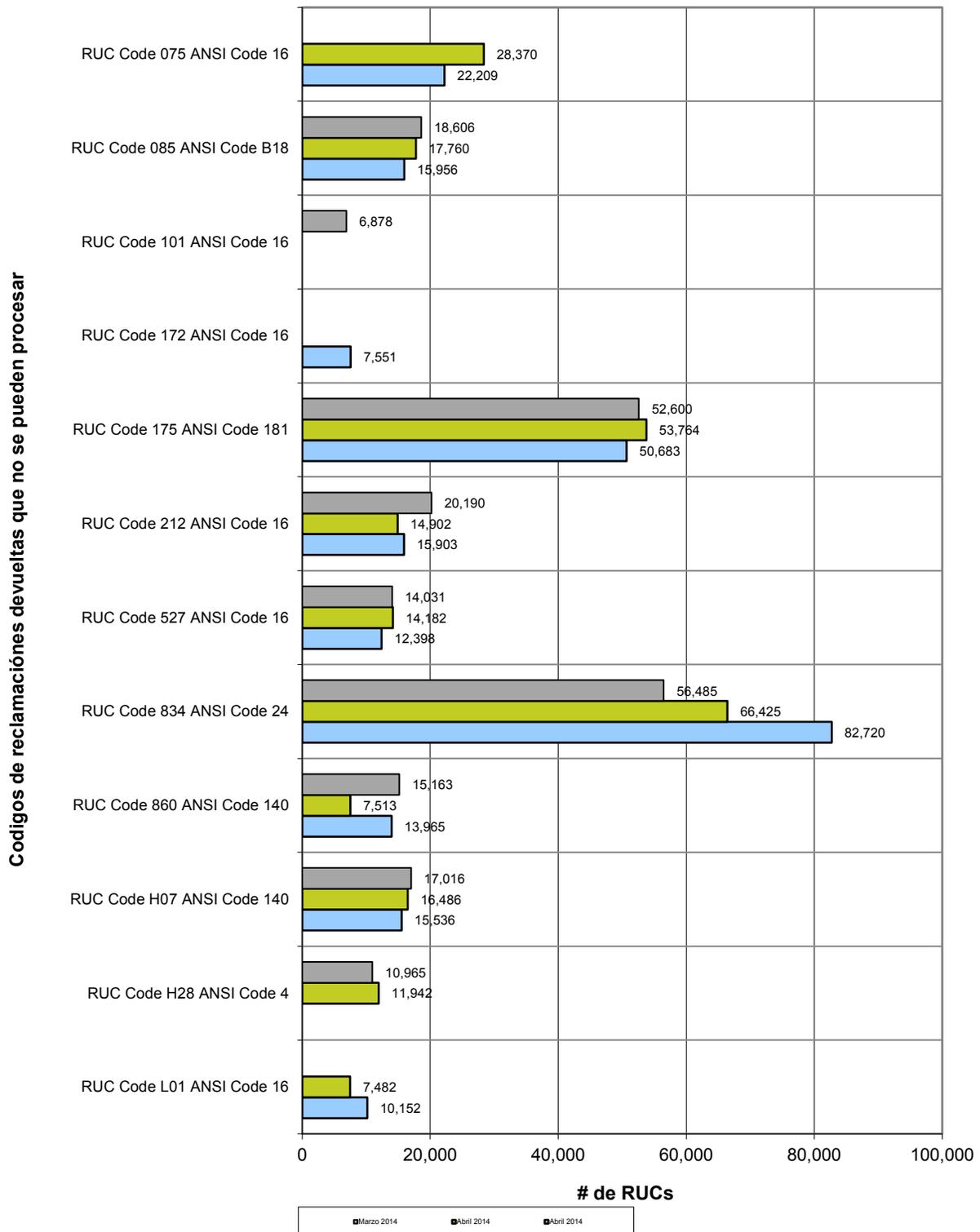
Preguntas de Parte B más frecuentes en marzo-mayo de 2014



**Denegaciones de Parte B más frecuentes en marzo-mayo de 2014**



RUC de Parte B más frecuentes en marzo-mayo 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**.

## Revisones a las LCD existentes

**Ferrlecit® and Venofer® – revisión a la LCD de Parte B****Identificador de LCD: L29174 (Florida)****Identificador de LCD: L29426 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para Ferrlecit® and Venofer® fue revisada en base a una actualización a la etiqueta de la administración para el control de medicinas y alimentos (Food and Drug Administration, FDA) para Venofer®. Las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD para Venofer® fueron revisadas para remover un texto que se refiere a “receiving supplemental erythropoietin therapy” (recibiendo terapia suplementaria con eritropoyetina).

**Fecha de vigencia**

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 3 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 N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

**Topotecan hydrochloride (Hycamtin®) – revisión a la LCD de Parte B****Identificador de LCD: L29290 (Florida)****Identificador de LCD: L29479 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para topotecan hydrochloride (Hycamtin®) 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 19 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 N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

## Formulario de Parte B

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

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC JN 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 [ ]				
<i>Escriba de manera legible</i>			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

## 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

## 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 JN

[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/prevalecientes o de tarifa fija:

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

#### Registro para eventos educativos:

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

#### Reclamaciones de Medicare para los

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

### Fraude y abuso

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

### Determinaciones de cobertura local

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

### Revisión médica postpago

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

### Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

## Sitios Web de Medicare

### Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

### Centros de Servicio de Medicare y

#### Medicaid

[www.cms.gov](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 educativos

1-904-791-8103

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

**Opción 1** - soporte a la transacción

**Opción 2** - soporte PC-ACE

**Opción 4** - soporte de inscripción

**Opción 5** - prueba 5010

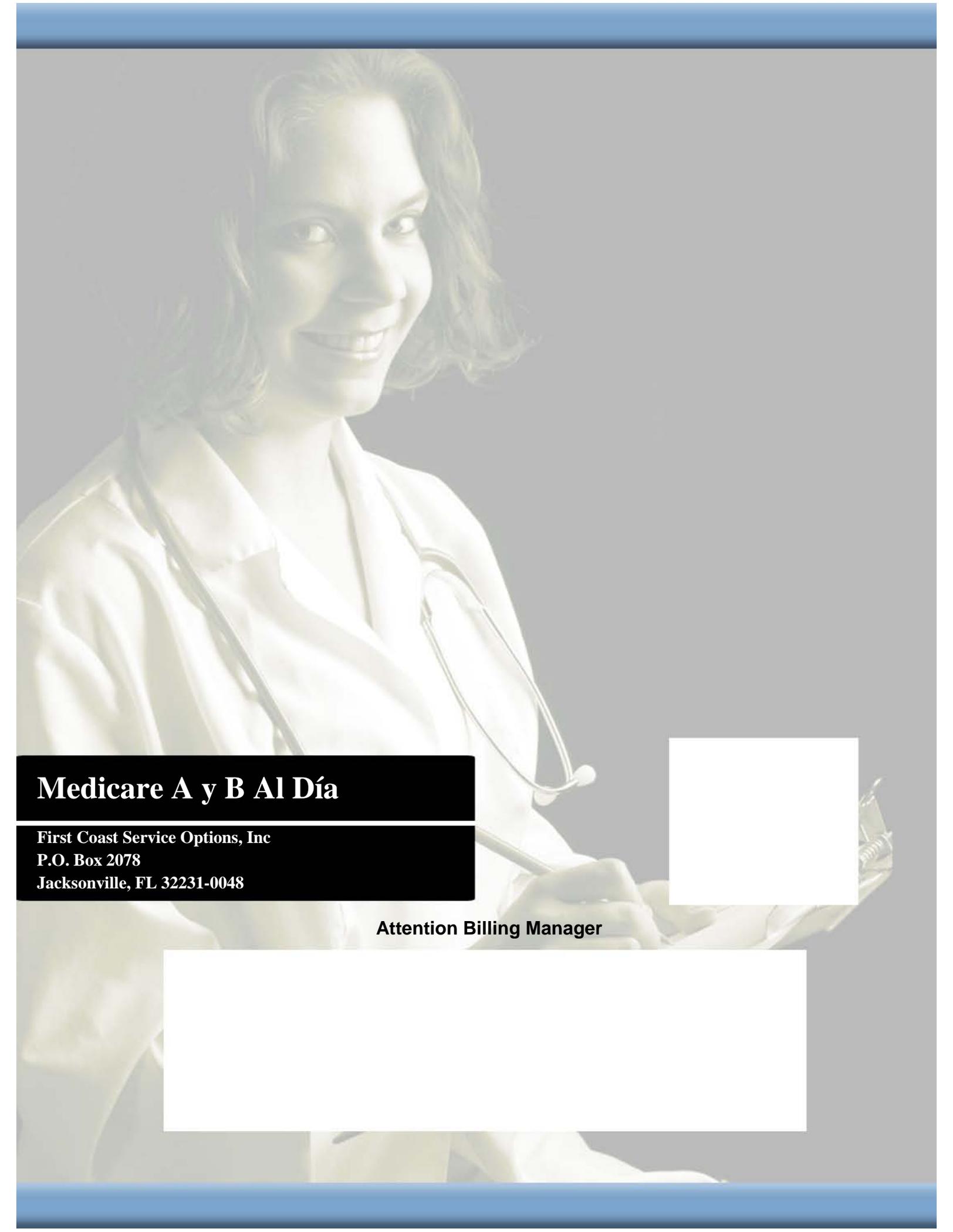
**Opción 6** - línea de respuesta automática

### DME, reclamaciones ortóticas o próstéticas

CSG Administrators, LLC  
1-866-270-4909

### Medicare Parte A

Llamada gratis:  
1-888-664-4112



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**