

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Julio 2014



En esta edición

Retraso en la implementación de la NCD para los marcapasos cardíacos.....	3
Revisión de la tasa de interés de pago.....	4
Requerimientos de firma de Medicare.....	6
Actualización del PPS 2015 pricer del SNF.....	13
Ajuste masivo de reclamaciones.....	13

Modificaciones por servicios médicamente improbables y procedimientos quirúrgicos bilaterales

Número de *MLN Matters*: SE1422
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) completaron una revisión de los datos de modificaciones por servicios médicamente improbables (MUE) de reclamaciones y confirmaron un patrón de facturación inadecuada para los procedimientos quirúrgicos bilaterales utilizando múltiples líneas para evitar las ediciones de reclamación.

De acuerdo con CMS, la práctica de utilizar múltiples líneas sobrecarga a los beneficiarios y al programa de Medicare. CMS comenzará a implementar los cambios a las MUE para los procedimientos quirúrgicos bilaterales el 1 de julio de 2014. Las instrucciones de facturación de Medicare requieren que las reclamaciones para ciertos

procedimientos quirúrgicos bilaterales sean presentadas utilizando el modificador -50 y una unidad de servicio (UOS).

Se anima al personal de facturación a revisar los procesos de reclamaciones para los procedimientos bilaterales para asegurar que el modificador -50 sea utilizado de acuerdo con la codificación correcta de Medicare y las instrucciones de presentación de reclamaciones.

CMS desarrolló las MUE para reducir los errores de reclamaciones pagadas para las reclamaciones de la Parte B. Una MUE para un código de procedimiento es el máximo de unidades de servicio que un proveedor reportaría bajo la mayoría de las circunstancias para un sólo beneficiario en una sola fecha de servicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1422.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1422

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Cobertura

Junta departamental de apelaciones de HHS invalida la NCD 140.3	3
Retraso en la implementación de la NCD para marcapasos cardíacos	3
NCD para los marcapasos cardíacos	4

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago	4
Clarificación de las instrucciones de facturación de salud en el hogar	5

Información general

Requerimientos de firma de Medicare	6
---	---

Intercambio electrónico de datos

Formulario de inscripción de EDI actualizado no aceptará las solicitudes de ERA	6
Implementación de la nueva regla del uso uniforme de códigos de denegación	7

Recursos educativos

Calendario de eventos	8
MLN Connects™ Provider e-News	9

Parte A

Asuntos de procesamiento

Rechazo por error de reclamaciones SNF con el código de denegación C7123	10
Retención y ajustes a las reclamaciones del método II de CAH	10

Información general

Introducción a PC Print Medicare Parte A	11
--	----

Sistema de pagos prospectivos

Implementación de un sistema de pago prospectivo para los FQHC	12
Actualización del PPS 2015 pricer del SNF de la Parte A de Medicare	13
Ajuste masivo de reclamaciones	13

Gráficos

Preguntas más frecuentes	14
Rechazos más frecuentes	15
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor	16

Determinaciones locales de Cobertura

Parte A

Revisiones a las LCD existentes

Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance	18
Polysomnography and sleep testing	18
Molecular pathology procedures	18

Contactos de Parte A de Puerto Rico

Contactos de Parte A de Florida y las Islas Virgenes de Estados Unidos

Parte B

Gráficos

Preguntas más frecuentes	21
Denegaciones más frecuentes	22
Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor	23

Determinaciones locales de cobertura

Parte B

Revisiones a las LCD existentes

Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance	25
Polysomnography and sleep testing	25
Molecular pathology procedures	25

Revisiones a los borradores de las LCD

Noncovered services	26
---------------------------	----

Ordenar materiales de Parte B

Contactos de Parte B de Puerto Rico

Contactos de Parte B de Florida

Contactos de Parte B de las Islas Virgenes de Estados Unidos

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 7
Julio de 2014

Publications
staff

Kathleen Cruz
Soffia 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

Junta departamental de apelaciones de HHS invalida la determinación de cobertura nacional 140.3

Fecha de efectividad: 30 de mayo de 2014
Fecha de implementación: 29 de junio de 2014

Resumen

La junta departamental de apelaciones (DAB) del departamento de salud y servicios sociales invalidó la determinación de cobertura nacional (NCD) 140.3 "Transsexual Surgery." La decisión comenzó la implementación el 20 de junio de 2014.

Información adicional

Más información se encuentra disponible en los siguientes documentos relacionados a la petición de cambio (CR) 8825.

[Transmisión 169 para CR 8825](#)

[Transmisión 189 para CR 8825](#)

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 169, CR 8825 y CMS Pub. 100-02, Transmittal 189, CR 8825

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.

Retraso en la implementación de la NCD para marcapasos cardíacos de una cámara y dos cámaras



El 13 de agosto de 2013, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron un memorándum sobre la decisión final con respecto a la cobertura de los marcapasos cardíacos de una cámara o dos cámaras, implantados de forma permanente, y determinaron que son razonables y necesarios para el tratamiento de la bradicardia sintomática no reversible debido a la disfunción del nodo sinusal y bloqueo aurículoventricular de segundo y/o tercer grado. El 6 de febrero de 2014, CMS dirigió a los contratistas administrativos de Medicare para implementar la determinación nacional de cobertura (NCD) 20.8.3, el 7 de julio de 2014, para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 13 de agosto de 2013, para aquellos beneficiarios que cumplen con los criterios específicos de cobertura. Vea el [artículo de MLN Matters® MM8525](#).

Hay un retraso provisional en la implementación de la NCD 20.8.3. CMS le indicará la nueva fecha de implementación en un futuro cercano.

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.

NCD para los marcapasos cardíacos permanentes de cámara única o doble

Número de *MLN Matters*: MM8525 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8525
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2014
 Fecha de efectividad: 13 de agosto de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R170NCD y R2986CP
 Fecha de implementación: Por determinar

Este artículo fue revisado el 11 de julio para reflejar la petición de cambio revisada (CR) 8525, emitida el 10 de julio. La CR se revisó para declarar que la implementación de la CR 8525 se ha retrasado hasta nuevo aviso por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Tan pronto como se establezca una fecha de implementación, este artículo será actualizado como corresponde.

Resumen

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8525, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R170NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2986CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 170, CR 8525 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 2986, CR 8525

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

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2014 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2014.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El departamento del tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página web del departamento del tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa del 2 por ciento rige hasta el 31 de

diciembre de 2014.



No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar

Nota: El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

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

Clarificación de las instrucciones de facturación relacionadas al beneficio de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM8775
Número de petición de cambio relacionado: 8775
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de junio de 2014
Fecha de efectividad: 23 de septiembre de 2014, ICD-10: al momento de la implementación de ICD-10
Número de transmisión de CR relacionado: R2977CP
Fecha de implementación: 23 de septiembre de 2014, ICD-10: al momento de la implementación de ICD-10

Resumen

La petición de cambio 8775 hace una variedad de cambios pequeños al *Medicare Claims Processing Manual*, los cuales no afectan ninguna política nueva. Estos cambios incluyen lo siguiente:

- Clarificación a las instrucciones de facturación consolidada de salud en el hogar (HH CB) para incluir las ediciones de bypass y los códigos de especialidad médica que están excluidos de HH CB, que fueron implementados en 2003
- Eliminación de las referencias a la notificación anticipada al beneficiario de salud en el hogar (HHABN) del capítulo 10
- Ajustarse a los estándares nacionales, los cuales incluyen reflejar el *National Uniform Billing Committee's Official UB-04 Data Specifications Manual*

Nota: El código de denegación de ajuste de reclamación 97 es utilizado cuando se rechazan o se deniegan reclamaciones debido a HH CB.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8775.pdf>.



[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8775.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8775.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8775, 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/R2977CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2977, CR 8775

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

Calcule las posibilidades ...



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

Información general

Requerimientos de firma de Medicare – recursos educativos

Número de *MLN Matters*: SE1419
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

El *Medicare Learning Network*® (*MLN*®) ofrece una variedad de productos educativos para ayudarle a entender los requerimientos de firma para los servicios cubiertos por Medicare. Estos productos incluyen:

- Artículos de *MLN Matters*®
- Hojas informativas

- Carta de cumplimiento de Medicare

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1419.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1419

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

Intercambio electrónico de datos

El formulario de inscripción de EDI actualizado no aceptará las solicitudes de ERA con fecha futura

A partir del 21 de julio de 2014, el formulario de inscripción de EDI se actualizará para no aceptar las solicitudes con fecha futura para los cambios de 835 (remesa de pago electrónica). Una vez que el formulario ha sido recibido y procesado la solicitud de remesa se hará efectiva el siguiente día hábil. El formulario actual se retiró el 20 de julio de 2014, y solamente será aceptado el formulario actual en y después del 21 de julio de 2014.

Por favor recuerde que la firma original del funcionario autorizado y el título deben ser incluidos en todas las aplicaciones y que firmar esta sección confirma que ha leído y está de acuerdo con el Acuerdo, las obligaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

(CMS) y las secciones de certificación en las páginas 3 y 4.

Recordatorios:

- Es altamente recomendable que guarde una copia de su formulario(s) de inscripción completo para su archivo
- Los formularios de EDI se procesan en el orden en que se reciben
- Todos los formularios recibidos después de las 2:00 p.m. ET, tendrán la fecha de recepción del siguiente día hábil

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



petición de cambio (CR) revisada 8711 emitida el 25 de junio. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder la CR fueron cambiados. También, el número de la versión reflejado en el título del artículo fue revisado de 3.0.5 a 3.1.0.

Resumen

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

Los proveedores de Medicare quienes utilizan el software PC Print de Medicare o Medicare Remit Easy Print (MREP) tendrán que obtener la nueva versión programada a ser publicada el 6 de octubre de 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8711.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8711, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1392OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1392, CR 8711

Número de *MLN Matters*: MM8711 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8711
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de junio de 2014
Fecha de efectividad: 2 de septiembre de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R1392OTN
Fecha de implementación: 2 de septiembre de 2014

Este artículo fue revisado el 9 de julio para reflejar la

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Recursos educativos

Calendario de eventos

Agosto de 2014

Clase de PECOS basado en Internet
Cuando: 21 de agosto de 2014
Hora: 1:00-5:00 p.m. ET
Tipo: Cara a cara
<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/267338.asp>

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

Teleconferencia de Medicare “pregúntele al contratista” (ACT): Efectos de los periodos de beneficio en reclamaciones (A/B)
Cuando: 27 de agosto de 2014
Hora: 1:00 pm - 3:00 p.m. ET
Tipo: Webcast
<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/271761.asp>

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

Más sobre los modificadores de Medicare (B)
Cuando: 28 de agosto de 2014
Hora: 12:30 - 2:00 p.m. ET
Tipo: Webcast
<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/271880.asp>

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

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A
Cuando: 16 de septiembre de 2014
Hora: 10:00 - 11:30 a.m. ET
Tipo: Webcast
<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/271790.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects™ Provider e-News de CMS

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

- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 3 de julio de 2014 – <http://go.cms.gov/1mKmUD3>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 10 de julio de 2014 – <http://go.usa.gov/Xn9x>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 17 de julio de 2014 – <http://go.cms.gov/1wviJAT>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 24 de julio de 2014 – <http://go.usa.gov/5UTw>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 31 de julio de 2014 – <http://go.cms.gov/1nTYqxJ>

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>.



Asuntos de procesamiento

Rechazo por error de reclamaciones SNF con el código de denegación C7123 – actualización

Problema

Las reclamaciones SNF están recibiendo C7123 por error cuando el paciente está siendo transferido a un SNF desde otro lugar diferente de un hospital de cuidados intensivos.

Resolución

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) resolvieron recientemente un problema concerniente a la edición C7123 de estadía calificada del archivo común de trabajo (CWF) para autorizar las reclamaciones del centro de enfermería especializada (SNF) que contienen una estadía calificada exacta de hospital para pasar la edición C7123.

Estatus/Fecha de resolución

Desde el 16 de julio de 2014, CMS está trabajando en una solución de codificación permanente que se ocupará de pasar todos los escenarios posibles para la edición. Los proveedores de SNF deben comunicarse con su MAC para cualquier pregunta o preocupación.

Acción del Proveedor

Los proveedores de SNF que han recibido esta edición por error pueden ajustar sus reclamaciones afectadas o comunicarse con su contratista administrativo de Medicare (MAC) con el fin de que sus reclamaciones sean ajustadas.

Problemas actuales de procesamiento

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

Retención y ajustes a las reclamaciones del método II de CAH que incluyen los servicios de un asistente quirúrgico – actualización

Problema

Las reclamaciones del método II de hospitales de cuidado crítico (CAH) que incluyen los servicios de un asistente quirúrgico se retendrán hasta que el sistema sea arreglado el 28 de julio de 2014. No se requiere acción de los proveedores.

Resolución

A partir del 28 de julio, las reclamaciones que fueron procesadas de forma incorrecta, desde el 1 de abril hasta el 28 de julio de 2014, se ajustarán sobre la base de los siguientes criterios:

- Tipo de factura (TOB) = 85x
- Método II de los CAH (método opcional = 'J') - página 10, PROVIDER REIM METH = J

- Código de ingreso = 96x, 97x o 98x, exclusión 963 y 964
- Modificador = AS, 80, 81 y/o 82 con los cargos cubiertos mayores que cero
- Healthcare Common Procedure Coding (HCPC) = 10000 – 6999

Estatus/fecha de resolución

Abierto. Las reclamaciones serán ajustadas a partir del 28 julio de 2014.

Acción del proveedor

Ninguna.

Problemas actuales de procesamiento

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

Información general

Introducción a PC Print Medicare Parte A



Nota: Las versiones de PC-Print 4.3.0 y superiores ya no son compatibles con Windows XP. Si recibe un mensaje de error al acceder a 'Help' ayuda, por favor vaya a esta página de soporte de Microsoft y siga las instrucciones.

El programa traductor de PC ANSI ASC X12.835, PC Print, es un programa interactivo. Este programa permite ver e imprimir la ERA de Medicare de Parte A recibida por el proveedor en la forma de una remesa de pago electrónica ANSI ASC X12.835. Este programa no recupera remesas electrónicas o las almacena en PC Print.

El propósito primario del programa es el de producir una remesa de pago en papel que contenga todos los datos que residen dentro de la transmisión de la remisión de pago electrónica ANSI ASC X12.835 5010. La intención de la remesa de pago en papel es el de facilitar el procesamiento de las cuentas por cobrar para el usuario final, un proveedor que no tiene acceso a centros de procesamientos de datos sofisticados. También, el propósito es el de producir una remesa de pago en papel aceptable para el procesamiento de pagadores subsiguientes cuando los enlaces electrónicos capaces de la transmisión ANSI ASC X12.835 no existan.

Medicare de Parte A no enviará la remesa de pago en papel (SPR) a las entidades que actualmente reciben la remesa de pago electrónica (ERA). Las entidades que envían una nueva solicitud de inscripción de ERA se les permitirá recibir el SPR en adición al ERA por un periodo limitado de 30 días.

JSM-412 instruyó a los intermediarios fiscales terminar la emisión de los SPR a aquellas entidades (tales como un proveedor, agente de facturación, casa de facturación u otra entidad que representa a un proveedor) que actualmente reciben o que comienzan a recibir ERA, efectivo el día 31 después de la emisión inicial de la ERA en producción. Si un proveedor de Medicare Parte A usa un agente de facturación, casa de facturación, u otra entidad para obtener la ERA, las mismas pautas aplican. Si un número de proveedor es establecido para generar

un ERA, First Coast Service Options no generará una remesa en papel.

Beneficios del programa PC Print

- El **Segment List** (listado de segmento) le permite ver los datos actuales de ANSI 835 en formato de lista. Si el archivo contiene múltiples remesas, estas pueden ser vistas separadamente al escoger un segmento de GS mostrado en la primera columna
- Existen centros de visualización para mostrar **Single Claim** (una sola reclamación). Un tipo de letra comprimido es integrado para poder mostrar el detalle de la actividad de la línea de ítem de una reclamación
- La pantalla de **All Claims** (todas las reclamaciones) permitirá al operador ver todas las reclamaciones en un conteo de incremento de 25 reclamaciones, dentro de la transmisión en un formato abreviado. La pantalla de **All Claims** (todas las reclamaciones) permite desplazar la pantalla de izquierda y derecha para ver el encabezamiento y detalle de cada reclamación mostrada
- Un Summary Subtotal/Total Bill Type (resumen subtotal/tipo de factura total), **Bill Summary** (resumen de factura), mostrará los subtotales para cada categoría de pago, por el año fiscal del proveedor y el total de la remesa encontrado dentro de la pantalla de Single Claim (una sola reclamación), acumulado y mostrado por el tipo de factura (TOB)

Un Payment Summary (resumen de pago), **Provider Summary** (resumen del proveedor), identifica el total pagado al proveedor para este ciclo de facturación/transmisión. También indica las reclamaciones totales dentro del ciclo de facturación/transmisión. Ajustes de pago que no son de reclamación están mostrados cuando apliquen. Estos ajustes permiten pagos del proveedor cuando las reclamaciones no están presentes, por ejemplo, pagos periódicos provisionales, informe de pagos-costos, etc. Los ajustes también permiten para otras transacciones financieras requeridas entre intermediarios fiscales y proveedores. El programa de PC Print le permite al usuario final ver o imprimir todas las arriba mencionadas. Estas pantallas pueden ser utilizadas selectivamente en todas las situaciones.

Comentarios

El ambiente del programa PC Print tiene limitaciones en el tamaño de los archivos de datos utilizados. Se ha determinado que un archivo de datos con más de aproximadamente 80,000 segmentos no procesará apropiadamente en este software de PC Print. Medicare no recomienda usar archivos mayores de 80,000 segmentos.

Este programa no recupera remesas electrónicas o las guarda dentro del PC Print. Este programa sólo le permite ver e imprimir 835 ERA.

Sistema de pagos prospectivos

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

Número de *MLN Matters*: MM8743 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8743
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de julio de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1395OTN
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente el establecimiento de un sistema de pago prospectivo (PPS) para reembolsar a los centros de salud federalmente calificados (FQHC) por los servicios médicos cubiertos prestados a los beneficiarios de Medicare.

Resumen

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

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

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8743, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1395OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1395, CR 8743

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

Suscripción a Medicare Parte A

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

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

Actualización del PPS 2015 pricer del centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8828
Número de petición de cambio relacionado: 8828
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de julio de 2014
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R2985CP
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las tarifas de pago actualizadas utilizadas bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) para los centros de enfermería especializada (SNF) para el año fiscal (FY) 2015, a partir del 1 de octubre de 2014.

La metodología de actualización es idéntica a la utilizada en el año fiscal 2015, la cual incluye un pronóstico de ajuste de error siempre y cuando la diferencia entre el cambio pronosticado y el real en la bolsa del mercado de los SNF exceda en 0.5 puntos porcentuales.

Las tarifas pueden ser encontradas en el Federal Register (registro federal), disponible en línea en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPPS/List-of-SNF-Federal-Regulations.html>.

Información adicional

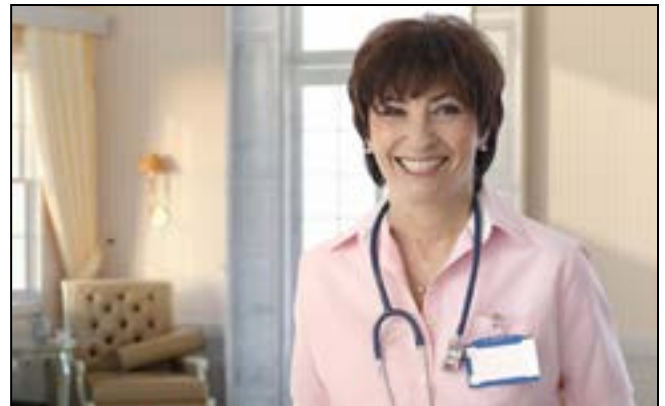
El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8828.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

Ajuste masivo de reclamaciones de OPPS

Debido a un error de publicación del copago nacional no ajustado asociado con la clasificación de pago ambulatorio (APC) 0066, las reclamaciones del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) con un pago asociado con APC 0066 no fueron procesadas de forma correcta. El problema se ha corregido en los anexos A y B del OPPS de julio de 2014, así como en la publicación de julio de 2014 del OPPS Pricer, para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2014.

Para las reclamaciones con fechas de servicio del 1



8828, 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/R2985CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2985, CR 8828

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.

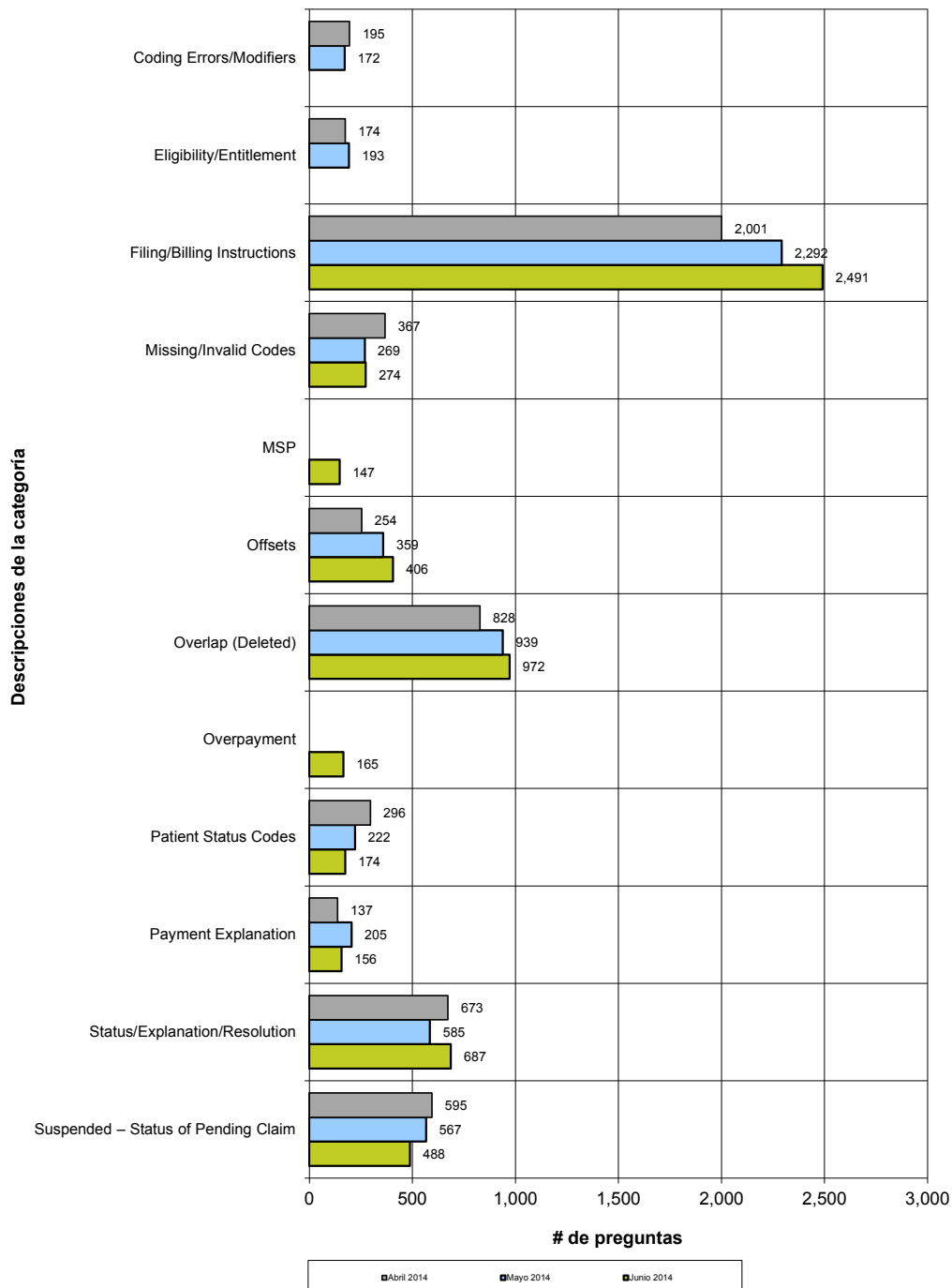
de enero de 2014 hasta el 30 de junio de 2014, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) realizarán un ajuste masivo de cualquier reclamación procesada por error antes del 1 de septiembre de 2014, para la emisión de pagos corregidos de todas las reclamaciones OPPS impactadas.

Los proveedores deberán reembolsar a los beneficiarios por cualquier pago en exceso del copago del beneficiario recibido que fue creado por la corrección del copago nacional no ajustado asociado con APC 0066.

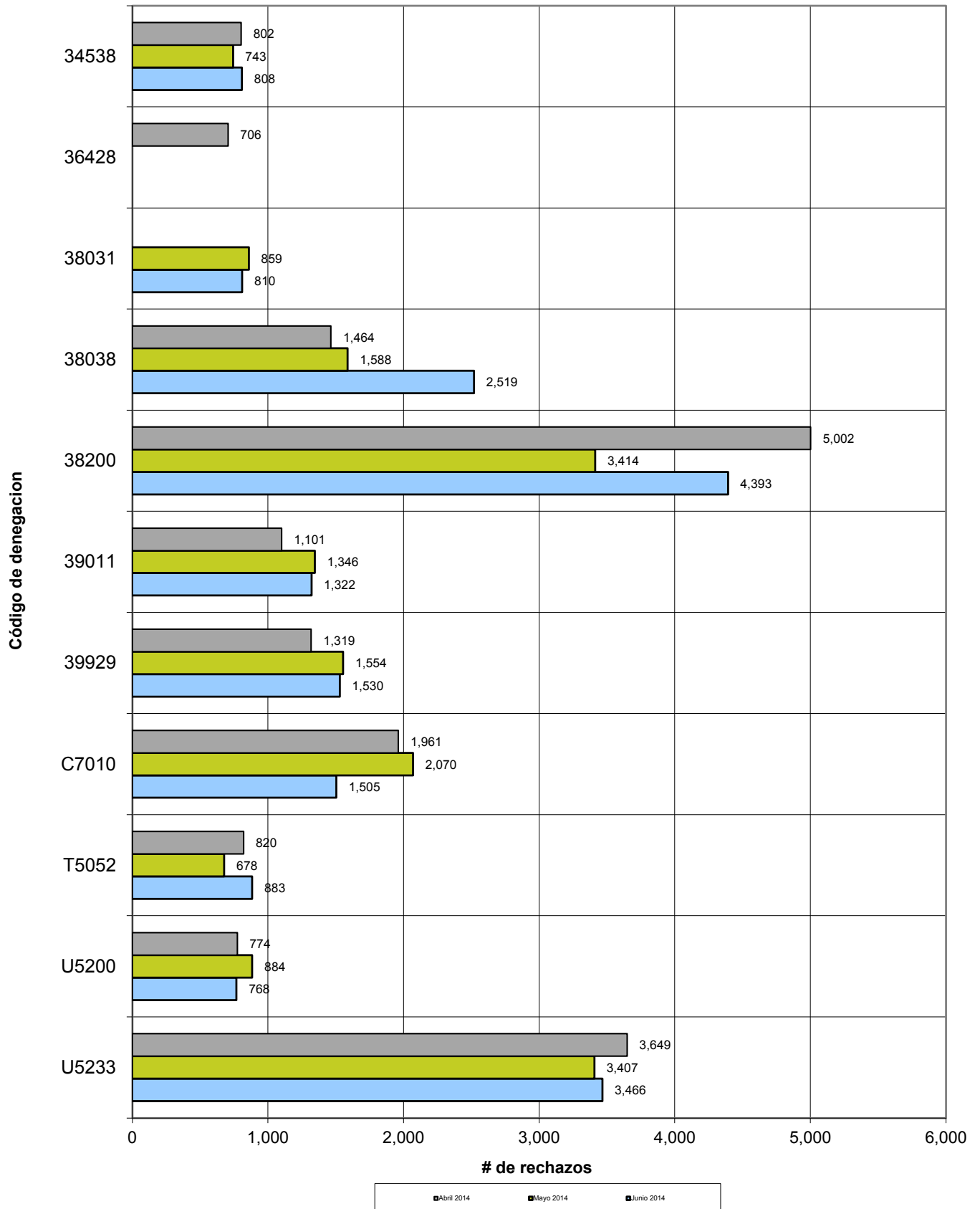
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en abril - junio de 2014

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 abril a junio de 2014. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/.

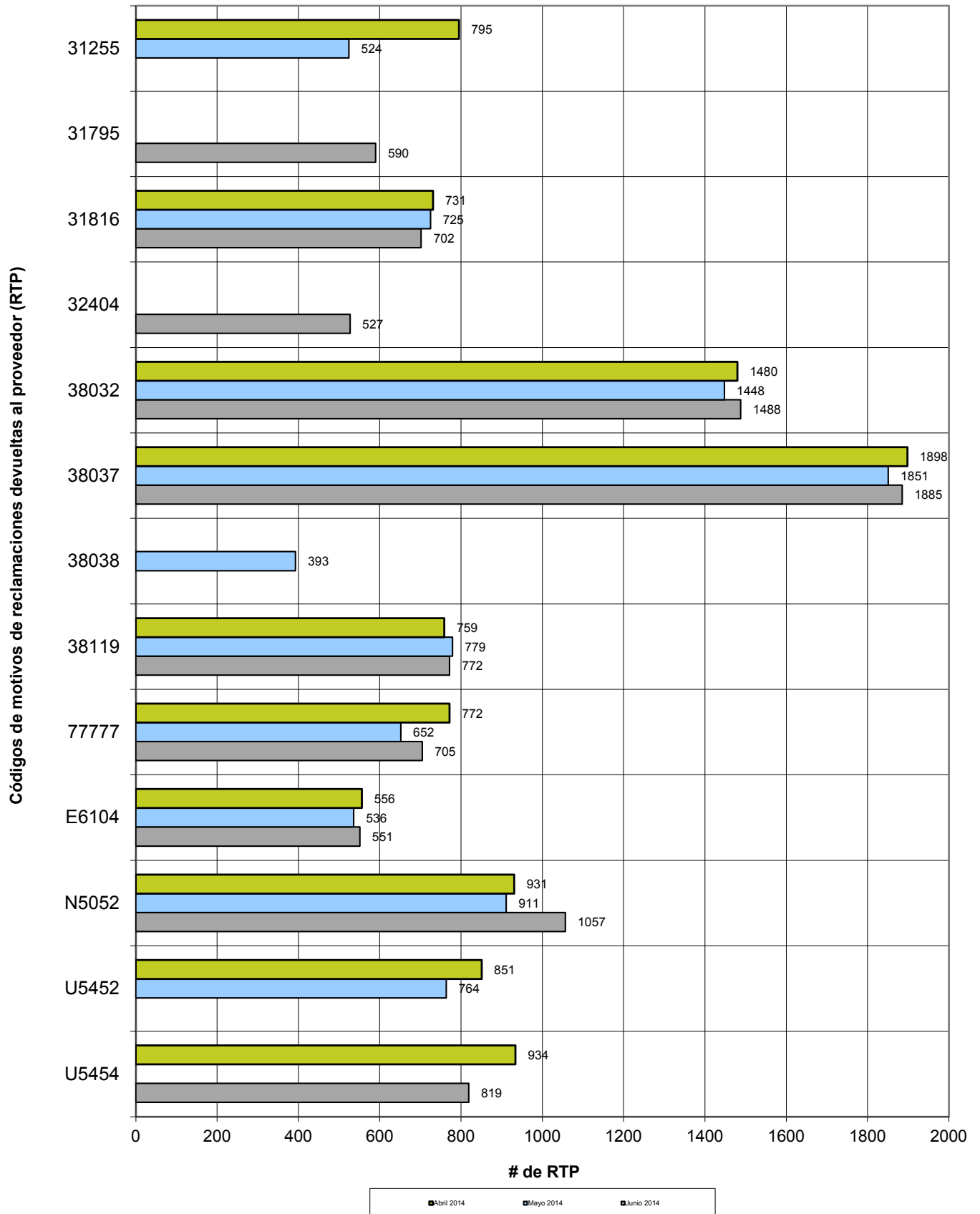
Preguntas de Parte A más frecuentes en abril-junio de 2014



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



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en abril-junio 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, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA o GZ**.

Revisiones a las LCD existentes

Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L32830 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la fe de erratas de la American Medical Association (AMA) de 2014, los descriptores para los códigos 37236 y 37237 del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) fueron revisados. Por lo tanto, la sección “CPT®/HCPCS codes” de la determinación de cobertura local para el mantenimiento del acceso vascular para diálisis (fístula AV e injerto) fue actualizada para reflejar los descriptores revisados para los códigos CPT®

37236 y 37237.

Fecha efectiva

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

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

Polysomnography and sleep testing – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L29905 (Florida) Identificador de LCD: L29907 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la polisomnografía y la prueba del sueño fue revisada para incluir a la Accreditation Commission for Health Care (Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud [ACHC]) como un acreditador aceptable para los laboratorios del sueño. Las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation/Credentialing Requirements” fueron revisadas para agregar este lenguaje. Además, la

sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 8 de julio de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Molecular pathology procedures – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33703 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la fe de erratas de la American Medical Association (AMA) de 2014, el descriptor para el código 81405 del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) fue revisado. Por lo tanto, la sección “CPT®/HCPCS codes” de la determinación de cobertura local (LCD) para los procedimientos de patología molecular fue actualizada para reflejar el descriptor revisado para el código CPT® 81405.

Fecha efectiva

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

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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.

1-877-908-8433

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

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:

888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla
877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla
800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Proveedores:

www.cms.gov

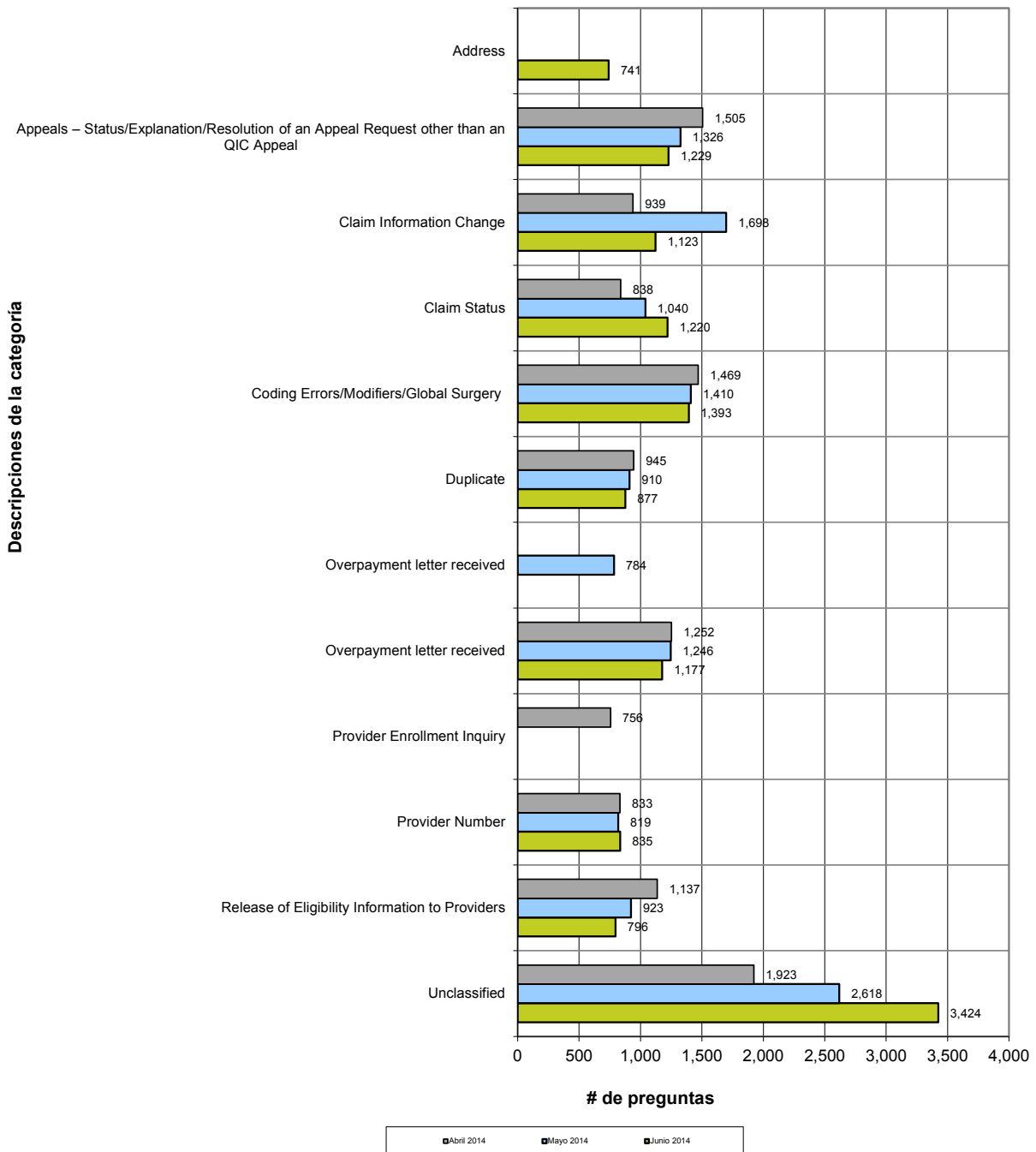
Beneficiarios:

www.medicare.gov

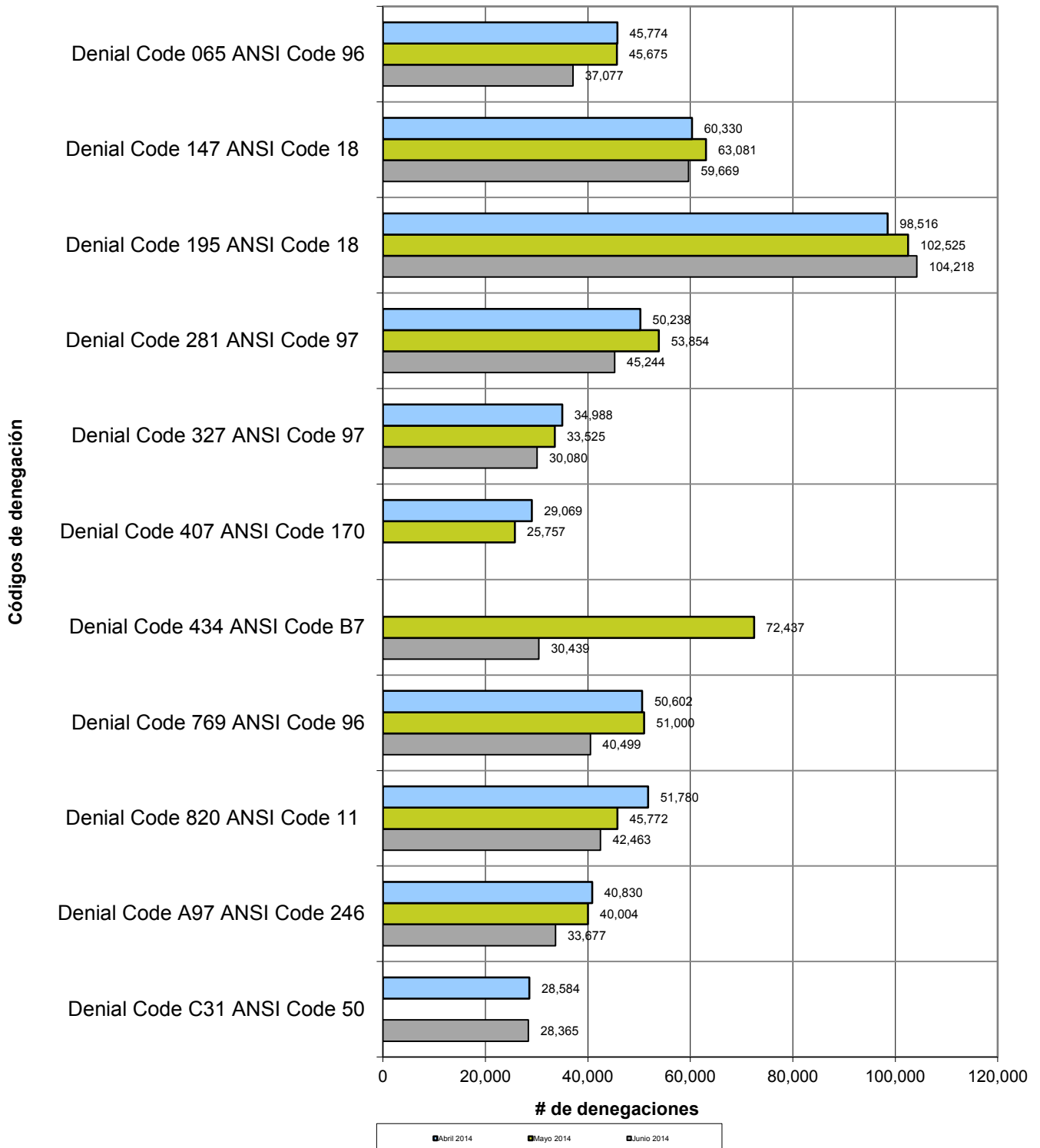
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en abril - junio de 2014

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 abril a junio 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.fcs.com/Preguntas_y_denegaciones/.

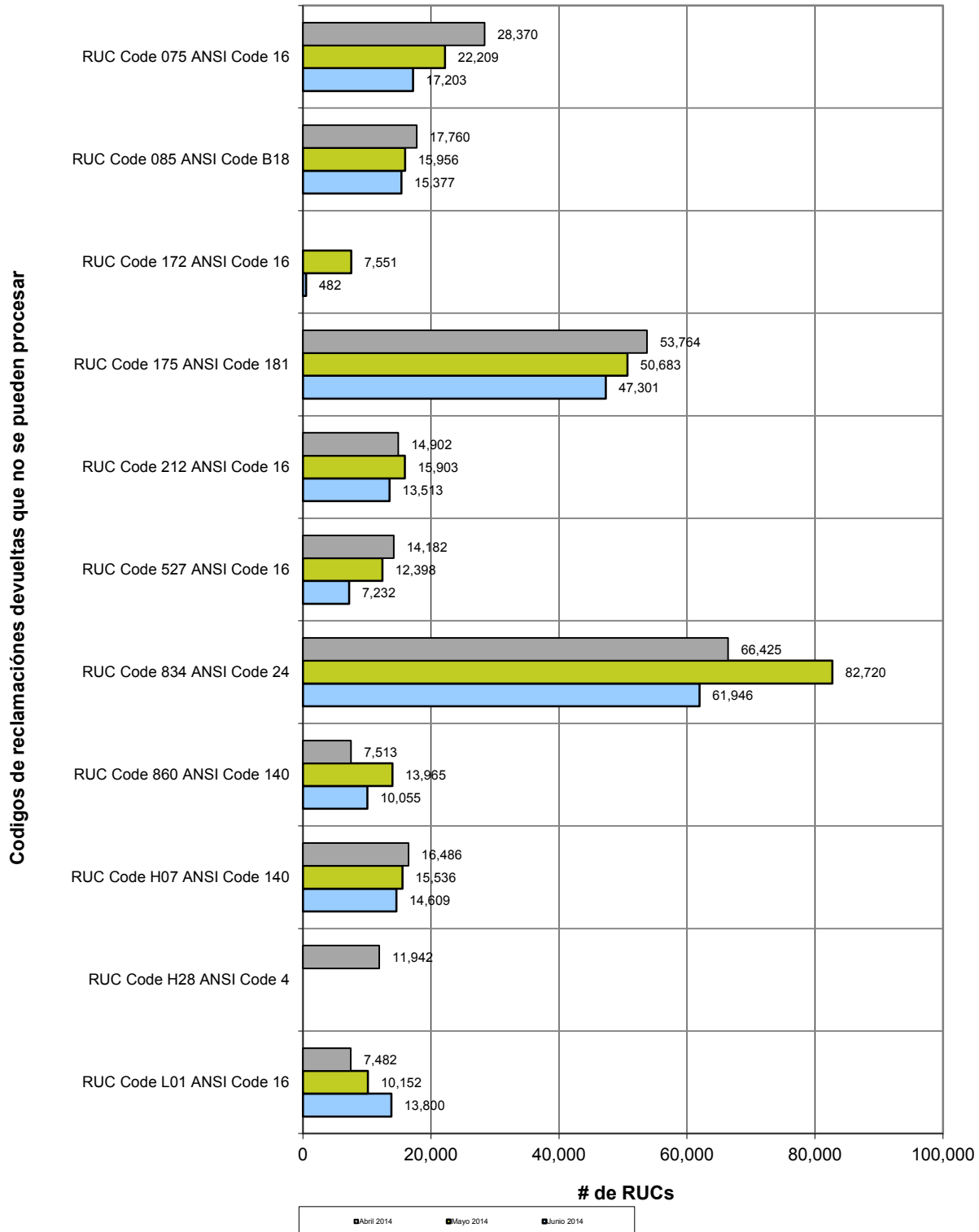
Preguntas de Parte B más frecuentes en abril-junio de 2014



Denegaciones de Parte B más frecuentes en abril-junio de 2014



RUC de Parte B más frecuentes en abril-junio 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, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA o GZ**.

Revisiones a las LCD existentes

Dialysis (AV fistula and graft) vascular access maintenance – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L32828 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la fe de erratas de la American Medical Association (AMA) de 2014, los descriptores para los códigos 37236 y 37237 del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) fueron revisados. Por lo tanto, la sección “CPT®/HCPCS codes” de la determinación de cobertura local para el mantenimiento del acceso vascular para diálisis (fístula AV e injerto) fue actualizada para reflejar los descriptores revisados para los códigos CPT®

37236 y 37237.

Fecha efectiva

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

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

Polysomnography and sleep testing – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29949 (Florida) Identificador de LCD: L29951 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la polisomnografía y la prueba del sueño fue revisada para incluir a la Accreditation Commission for Health Care (Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud [ACHC]) como un acreditador aceptable para los laboratorios del sueño. Las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation/Credentialing Requirements” fueron revisadas para agregar este lenguaje. Además, la

sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 8 de julio de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Molecular pathology procedures – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33703 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la fe de erratas de la American Medical Association (AMA) de 2014, el descriptor para el código 81405 del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) fue revisado. Por lo tanto, la sección “CPT®/HCPCS codes” de la determinación de cobertura local (LCD) para los procedimientos de patología molecular fue actualizada para reflejar el descriptor revisado para el código CPT® 81405.

Fecha efectiva

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

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

Revisiones a los borradores de las LCD

Noncovered services – revisión al borrador de la LCD de Parte B

Identificador de LCD: DL29288 (Florida)
Identificador de LCD: DL29398 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El Departamento de Política Médica y Procedimiento evaluó el procedimiento para la inserción del sistema implantable retractor de tejido transprostático (elevación de la uretra prostática) (por ejemplo, el sistema UroLift®) y determinó que no se considera médicamente razonable y necesario en este momento sobre la base de la evidencia disponible actual publicada (por ejemplo, la literatura médica revisada por los pares y los estudios publicados). Por consiguiente, los códigos C9739 (Cystourethroscopy with insertion of transprostatic implant; 1 to 3 implants [Cistouretroscopia con la inserción del implante transprostático; 1 a 3 implantes]) y C9740 (Cystourethroscopy with insertion of transprostatic implant; 4 or more implants [Cistouretroscopia con la inserción del implante transprostático; 4 o más implantes]) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) fueron agregados a la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos. First Coast Service Options Inc. (First Coast) inadvertidamente omitió los códigos de procedimientos de pacientes ambulatorios

que representan este servicio cuando se realiza en el consultorio de un médico. Por lo tanto, los códigos de procedimiento 53899 (Insertion of implantable transprostatic tissue retractor system [prostatic urethral lift] [e.g. UroLift® System] inserción del sistema implantable retractor de tejido transprostático [elevación de la uretra prostática] [por ejemplo, UroLift® System]), 55899 (Insertion of implantable transprostatic tissue retractor system [prostatic urethral lift] [UroLift® System] inserción del sistema implantable retractor de tejido transprostático [elevación de la uretra prostática] [UroLift® System]) y L8699 (Transprostatic implant [implante transprostático]) se agregarán a la LCD de servicios no cubiertos para representar este servicio cuando sean realizados en el consultorio de un médico. Debido a esta equivocación, el período de comentarios de 45 días para el proyecto de los servicios no cubiertos se extenderá hasta el **9 de agosto de 2014**.

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

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

Descubra su pasaporte al adiestramiento de Medicare

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



Aprenda más en *First Coast University*

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

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443 Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

Atencion 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

Atencion 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

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

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

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 Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First

Coast), su contratista administrativo de Medicare
<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores

1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

Correo electrónico:

AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente beneficiarios

1-800-MEDICARE

Impedimentos auditivos:

1-800-754-7820

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 prótesis

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