

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Agosto 2014



## En esta edición

Programas de rehabilitación cardíaca.....	4
Cambios al software de NCD.....	7
Extensión de la moratoria de inscripción.....	10
Códigos de diagnósticos requeridos.....	18
Ajuste de algunas reclamaciones.....	20
Medicare clarifica la definición de “confinado en el hogar”.....	30

## Oportunidades de pruebas de ICD-10 para los proveedores de FFS Medicare

El 31 de julio, HHS emitió una regla ([CMS-0043-F](#)) que determina el 1 de octubre de 2015, como la nueva fecha de cumplimiento para que los proveedores del cuidado de la salud y los planes de salud hagan la transición a ICD-10. ICD-10 representa un cambio significativo del conjunto de códigos que afecta a toda la comunidad del cuidado de la salud.

CMS está tomando un amplio enfoque compuesto de cuatro elementos para la preparación y las pruebas de ICD-10 para asegurar que CMS, así como la comunidad del proveedor del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare (FFS), estén listos:

- Pruebas internas de CMS de sus sistemas de procesamiento de reclamaciones
- Herramientas de pruebas Beta de CMS disponibles para descarga
- Pruebas de reconocimiento
- Pruebas integrales

Para más información, vea el [artículo de edición especial de MLN Matters® #SE1409](#), “Medicare FFS ICD-10 Testing Approach.”

### Pruebas de reconocimiento

El pasado mes de marzo, CMS llevó a cabo *una semana exitosa de pruebas de reconocimiento de ICD-10*. Los proveedores, suplidores, compañías de facturación y casas de facturación pueden enviar reclamaciones de pruebas de reconocimiento en cualquier momento hasta la fecha de implementación del 1 de octubre de 2015. En adición, las semanas de pruebas de reconocimiento especial en noviembre, marzo y junio de 2015 les darán a los remitentes acceso a la asistencia técnica en tiempo real y permitirá a CMS analizar los datos de las pruebas. No se requiere inscripción para estos eventos virtuales. Contacte a su [contratista administrativo de Medicare \(MAC\)](#) para más información sobre las pruebas de reconocimiento.

### Pruebas integrales

CMS planea ofrecer a los proveedores y a otros remitentes de Medicare la oportunidad de participar en pruebas integrales con los MAC y con el contratista del intercambio electrónico común de datos (CEDI) en enero, abril y julio de 2015. Según planificado, aproximadamente 2,550 remitentes voluntarios tendrán la oportunidad de participar durante el transcurso de tres periodos de pruebas. Las

Ver **OPORTUNIDADES**, en la página 8



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Cobertura

CMS va a implementar una demostración de globulina inmune por vía intravenosa.....3

Facturación correcta de Aprepitant (J8501)..... 3

### Facturación

Programas de rehabilitación cardíaca para la falla cardíaca crónica.....4

Actualización trimestral de octubre de 2014 a los códigos HCPCS .....5

CMS publica los archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B.....5

Demostración de Medicare permite la autorización previa en ciertos PMD.....6

Corrección a las listas de códigos de facturación consolidada para SNF.....7

### ICD-10

Cambios al software de NCD.....7

Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare.....7

Congelación parcial de códigos .....8

Guía sobre el procesamiento de reclamaciones del sistema de pago.....8

Fecha límite para ICD-10 concede a la industria del cuidado de la salud.....9

### Inscripción de proveedores

Extensión de la moratoria de inscripción del proveedor para las HHA.....10

### Intercambio electrónico de datos

Actualización de CARC, RARC, MREP .....10

Consejos de inscripción de EDI.....11

Implementación de la nueva regla del uso uniforme de los códigos de denegación.....12

### Tarifas fijas

Actualización trimestral de octubre de la tarifa fija de DMEPOS 2014.....12

### Recursos educativos

Calendario de eventos.....13

MLN Connects™ Provider e-News de CMS..... 14

### Parte A

#### Centros de enfermería especializada

Procesamiento de reclamaciones de SNF para el modelo 2 de BPCI .....15

#### Facturación

Automatización de la solicitud para el proceso de reapertura de reclamaciones.....15

Modificación de las ediciones que superponen las reclamaciones de FISS .....16

Instrucciones de codificación para la reapertura de reclamaciones de forma electrónica.....16

#### Hospital

CMS emite una regulación de pago.....17

### ICD-10

Códigos de diagnósticos requeridos para las reclamaciones de instituciones .....18

CMS clarifica las instrucciones de facturación para las reclamaciones institucionales .....19

Instrucciones especiales para la codificación de episodios de salud en el hogar que abarcan la transición a ICD-10.....19

### Problemas de procesamiento

Ajuste de algunas reclamaciones de hospital de servicios de terapia.....20

### Sistema de pago prospectivo

Implementación de un sistema de pago prospectivo para los FQHC.....20

Actualización de las especificaciones del editor de códigos ambulatorios .....21

Actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios de hospital de octubre de 2014.....21

### Gráficos

Preguntas más frecuentes.....22

Denegaciones más frecuentes.....23

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....24

### Determinaciones locales de cobertura

Parte A.....25

### Revisiones a las LCD existentes

Mohs micrographic surgery (MMS).....26

Myocardial imaging, positron emission tomography (PET) Scan A .....26

### LCD retiradas

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo retiradas.....27

### Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: Myalept™.....27

Contactos de Parte A de Puerto Rico.....28

Contactos de Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....29

### Parte B

#### Cobertura

Medicare clarifica la definición de “confinado en el hogar”.....30

Actualización del sistema de pago de ASC de octubre de 2014.....30

#### Intercambio electrónico de datos

Mejora a MREP.....31

#### Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa.....31

#### Gráficos

Preguntas más frecuentes.....32

Denegaciones más frecuentes.....33

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....34

### Determinaciones locales de cobertura

Parte B.....35

### Revisiones a las LCD existentes

Health and behavior assessment.....36

Mohs micrographic surgery (MMS).....36

Myocardial imaging, positron emission tomography (PET) Scan.....37

### LCD retiradas

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo retiradas.....37

### Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte B: Myalept™.....38

Ordenar materiales de Parte B.....39

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

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

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

## Medicare A y B Al Día

Vol. 6. No. 8  
Agosto 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

# CMS va a implementar una demostración de globulina inmune por vía intravenosa

Número de *MLN Matters*: SE1424

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron una demostración de tres años para evaluar los beneficios de la cobertura para los artículos y servicios necesarios para la administración en el hogar de la globulina inmune por vía intravenosa (IVIG) para el tratamiento de la enfermedad de inmunodeficiencia primaria.

La Parte B de Medicare cubre la IVIG para personas con la enfermedad de inmunodeficiencia primaria (PIDD) que quieran recibir el medicamento en el hogar. Sin embargo, Medicare no paga por separado por ninguno de los servicios o suministros para administrar el medicamento si la persona no está confinada en el hogar y de otra manera está recibiendo los servicios bajo un episodio de cuidado de salud en el hogar de Medicare. Como resultado, muchos beneficiarios han escogido recibir el medicamento en la oficina de su doctor, en un ambiente de hospital para pacientes ambulatorios o para la autoadministración del medicamento por vía subcutánea.

En esta demostración, Medicare emitirá paquetes de pagos bajo la Parte B para todos los artículos y servicios que son

*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 correcta de Aprepitant (J8501)

De acuerdo a la determinación de cobertura nacional (NCD) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 110.18 (Aprepitant for chemotherapy-induced emesis), Medicare cubre el uso del régimen de tres medicamentos orales de Aprepitant (Emend®), un antagonista 5-HT3 y dexametasona para los pacientes que están recibiendo ciertos agentes de quimioterapia altamente emetógena en el tratamiento para reducir la emesis inducida por la quimioterapia. El 29 de mayo de 2013, CMS revisó la NCD para extender la cobertura para quimioterapia altamente y moderadamente emetógena.

Según el *Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual* (publicación 100-03, capítulo 1, 110.18), del manual electrónico de CMS (IOM), CMS define la quimioterapia altamente emetógena y la quimioterapia moderadamente emetógena como aquellos agentes anticancerígenos designados en por lo menos dos de tres pautas publicadas por el National Comprehensive Cancer Network (NCCN), American Society of Clinical Oncology



necesarios para administrar la IVIG en el hogar para los beneficiarios inscritos. La demostración, limitada a los primeros 4,000 solicitantes, solamente aplica a situaciones donde el beneficiario requiere IVIG para el tratamiento de PIDD, o está actualmente recibiendo globulina inmune por vía subcutánea para tratar PIDD y desea cambiar a IVIG.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1424.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1424

(ASCO) y European Society of Medical Oncology (ESMO)/ Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC).

La población de pacientes definida para la cual el uso de la combinación de tres medicamentos orales antieméticos fue determinado como razonable y necesario, es para los pacientes que recibieron uno o más de los siguientes agentes quimioterapéuticos contra el cáncer:

- Carmustine (J9050)
- Cisplatin (J9060)
- Cyclophosphamide (J8530, J9070)
- Dacarbazine (J9130)
- Mechlorethamine (J9230)
- Streptozocin (J9320)
- Doxorubicin (J9000, Q2049)

Ver **FACTURACIÓN**, en la próxima página

## FACTURACIÓN

De la página anterior

- Epirubicin (J9178)
- Lomustine (J8999)

Los siguientes medicamentos entran en vigencia para las fechas de servicio a partir del 29 de mayo de 2013:

- Alemtuzumab (J9010)
- Azacitidine (J9025)
- Bendamustine (J9033)
- Carboplatin (J9045)
- Clofarabine (J9027)
- Cytarabine (J9098, J9100)
- Daunorubicin (J9150, J9151)
- Idarubicin (J9211)
- Ifosfamida (J9208)
- Irinotecan (J9206)
- Oxaliplatin (J9263)
- Dactinomycin (J9120) (añadido; identificado por al menos dos de las tres pautas como un agente de quimioterapia altamente emetógena)

### Requerimientos de facturación

Los servicios deben ser facturados utilizando el código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) J8501 (Aprepitant, oral, 5 mg) con el diagnóstico de cáncer apropiado. Los proveedores que están presentando las reclamaciones a los intermediarios fiscales de Medicare (FI) deben facturar HCPCS J8501 con el código de ingreso 0636 (medicamentos que requieren codificación detallada). Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 29 de mayo de 2013, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) denegarán las líneas para Aprepitant oral si un encuentro para quimioterapia antineoplásico (ICD-9 V58.11 o ICD-10 Z51.11) no está presente. Si Aprepitant es denegado en una reclamación, el 5HT3 y dexametasona también serán denegados. Efectivo el 7 de julio de 2014, una auditoría fue implementada para suspender reclamaciones para revisión médica cuando Aprepitant (J8501) es facturado sin un antagonista 5HT3 (códigos HCPCS Q0162, Q0166 o Q0180); y dexametasona (HCPCS J8540) en la misma reclamación. En el caso donde un paciente ya tiene los agentes orales en el hogar, el proveedor debe incluir una declaración acreditativa a ese hecho.

Fuente: CR 8418

## Facturación

# Programas de rehabilitación cardíaca para la falla cardíaca crónica

Número de *MLN Matters*: MM8758  
 Número de petición de cambio relacionado: 8758  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de julio de 2014  
 Fecha de efectividad: 18 de febrero de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R171NCD, R2989CP, R530PI y R191BP  
 Fecha de implementación: 18 de agosto de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ampliaron la cobertura de la rehabilitación cardíaca para los beneficiarios diagnosticados con falla cardíaca crónica. Efectivo para fechas de servicio a partir del 18 de febrero de 2014, esta petición de cambio agrega la falla cardíaca crónica estable a la lista de condiciones cardíacas que autoriza los servicios de rehabilitación cardíaca.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8758.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

8758, 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/R171NCD.pdf>, <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2989CP.pdf>, <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R530PI.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R191BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 171, CR 8758, CMS Pub. 100-04, Transmittal 2989, CR 8758, CMS Pub. 100-08, Transmittal 530, CR 8758 y CMS Pub. 100-02, Transmittal 191, CR 8758

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

## Actualización trimestral de octubre de 2014 a los códigos HCPCS para el cumplimiento de SNF CB

Número de *MLN Matters*: MM8829  
Número de petición de cambio relacionado: 8829  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de julio de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2991CP  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8829 permitirá el correcto procesamiento de reclamaciones bajo las provisiones de facturación consolidada del centro de enfermería especializada (SNF CB). Los siguientes cambios de HCPCS están programados para la actualización de octubre de 2014:

- Q2050: agrega al archivo 1 la lista de codificación y agrega la categoría principal 3.A.
- G0461: agrega al archivo 2 la lista de codificación
- G0462: agrega al archivo 2 la lista de codificación
- G0463: Excluye los tipos de factura 13x y 85x para paciente ambulatorio facturados con el código de ingreso 0510
- 97610: Termina la categoría principal V. A., efectivo el 13 de diciembre de 2013

**Nota:** Los proveedores pueden solicitar que las reclamaciones denegadas antes de la implementación de la CR 8829 sean abiertas nuevamente y reprocesadas por su contratista administrativo asignado.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8829.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8829, 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/R2991CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2991, CR 8829

*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.*

## CMS publica los archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B del precio promedio de venta de medicamentos trimestral de octubre de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8836  
Número de petición de cambio relacionado: 8836  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de julio de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2990CP  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

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

Medicare utilizará los archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare del precio promedio de venta de medicamentos (ASP) trimestral de octubre de 2014 para determinar el límite de pago de las reclamaciones de medicamentos de la Parte B de Medicare pagables por separado, procesadas o procesadas nuevamente en o después del 6 de octubre de 2014, con fechas de servicio del 1 de octubre de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014.

Una vez publicados, los archivos revisados de fijación

de precios determinarán los límites de pago para las reclamaciones que cubren las fechas de servicio para aquellos periodos de tiempo respectivos.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8836.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8836, 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/R2990CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2990, CR 8836

*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.*

## Demostración de Medicare permite la autorización previa en ciertos PMD

Número de *MLN Matters*: SE1231 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 fue revisado el 7 de agosto para añadir información con respecto a la adición de 12 estados a la demostración. Esta demostración ayudará a asegurar que no se efectúen pagos de Medicare para los dispositivos eléctricos de movilidad (PMD) a menos de que la condición médica de un beneficiario garantice el equipo bajo las pautas de cobertura existentes.*

### Resumen

En su esfuerzo por reducir el desperdicio, fraude y abuso en el programa de tarifa fija de Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están llevando a cabo una demostración de tres años para asegurar que Medicare solamente pague por los dispositivos eléctricos de movilidad (PMD) que son médicamente necesarios. **Esta demostración comenzó con órdenes escritas a partir del 1 de septiembre de 2012.** La demostración será llevada a cabo en Arizona, California, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Louisiana, Maryland, Michigan, Missouri, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Tennessee, Texas y Washington.

El proceso de autorización previa permite al médico/profesional de la salud (remitente) enviar una solicitud de autorización previa para un PMD antes que el suplidor entregue el dispositivo al hogar del beneficiario. La documentación que respalda la cobertura del PMD debe ser presentada al contratista administrativo adecuado de



Medicare de equipo médico duradero (DME MAC) para una decisión inicial.

Un médico/profesional de la salud puede facturar G9156 luego de que él/ella presente una solicitud inicial de autorización previa para compensar parcialmente a los médicos por el tiempo adicional que les tomó presentar la solicitud de autorización previa.

Esta demostración ayudará a asegurar que no se efectúen pagos de Medicare para los PMD a menos de que la condición médica de un beneficiario garantice el equipo bajo las pautas de cobertura existentes. Por

otra parte, el programa asistirá en preservar el derecho del beneficiario de Medicare de recibir productos de calidad y ayudar a protegerlos de responsabilidad financiera inesperada.

*Haga clic aquí* para información adicional de los administradores de CGS, LLC, el contratista administrativo de Medicare de equipo médico duradero para la jurisdicción N.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1231.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1231

*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)



## Corrección a las listas de códigos de facturación consolidada para SNF

Ciertos códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) no fueron incluidos en la actualización anual de 2014 para las listas editadas de los códigos de facturación consolidada para los centros de enfermería especializada (SNF). Una corrección a las listas de codificación será implementada en octubre de 2014. Los códigos HCPCS afectados para la facturación

del profesional de la salud son Q2050 y el componente profesional de G0461 y G0462. El código afectado para la facturación del proveedor institucional es Q2050. Si tiene reclamaciones que han sido denegadas erróneamente, debe comunicarse con su contratista administrativo de Medicare para que las reclamaciones sean reabiertas y reprocesadas.

### ICD 10

## Cambios al software de NCD para los códigos ICD-10

Número de *MLN Matters*: MM8494 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 8494  
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de enero de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2865CP  
Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

*Este artículo fue revisado el 1 de agosto para reflejar la nueva fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015.*

### Resumen

El módulo de edición de laboratorio se actualiza trimestralmente para reflejar los cambios basados en las decisiones de análisis de codificación desarrollados bajo los procedimientos de mantenimiento de los códigos que incluyen las actualizaciones semestrales de los códigos ICD-9-CM. No hay cambios a las listas de códigos NCD de laboratorio para este trimestre.

La petición de cambio 8494 provee instrucción a los mantenedores del sistema compartido de Medicare para actualizar el software de la edición de determinación de

cobertura nacional (NCD) de laboratorios para acomodar el procesamiento de los códigos de diagnóstico ICD-10, que se ha retrasado hasta el 1 de octubre 2015.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8494.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8494, 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/R2865CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2865, CR 8494

*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 que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

## Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1409 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

*El artículo de edición especial fue revisado el 31 de julio para mostrar la nueva fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015. En adición, las partes del artículo que tratan sobre las pruebas de reconocimiento de ICD-10 y las pruebas integrales son actualizadas como resultado de la nueva fecha de implementación.*

### Resumen

Debido a los impactos de la transición de ICD-10, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han desarrollado un enfoque completo de cuatro componentes para la preparación y las pruebas para asegurarse de que la comunidad del proveedor esté preparada. El enfoque de cuatro componentes incluye:

- Pruebas internas de CMS de su sistema de procesamiento de reclamación
- Herramientas de pruebas Beta iniciadas por el proveedor
- Pruebas de reconocimiento y
- Pruebas integrales

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1409.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1409

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

## OPORTUNIDADES

De la página 1

metas de estas pruebas son demostrar que:

Los proveedores y suplidores son capaces de presentar exitosamente reclamaciones que contienen códigos ICD-10 en los sistemas de reclamaciones de FFS Medicare

- Los cambios hechos al software de CMS para respaldar a ICD-10 resultan en reclamaciones adjudicadas de manera apropiada
- Las remesas de pago son producidas de manera precisa

Detalles adicionales sobre las pruebas integrales pronto estarán disponibles.

Verifique la página Web de los [recursos del proveedor de FFS Medicare de ICD-10](#) para la más reciente información y recursos educativos para implementar y hacer la transición a la codificación médica de ICD-10.

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

## Congelación parcial de códigos antes de la implementación del ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE1240 *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 fue revisado el 1 de agosto para reflejar la nueva fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015.*

### Resumen

El comité de coordinación y mantenimiento (C&M) de ICD-9-CM implementó un congelamiento parcial de los códigos ICD-9-CM e ICD-10 (ICD-10-CM e ICD-10-PCS) antes de la implementación del ICD-10 que terminaría un año después de la implementación del ICD-10. La implementación de ICD-10 fue retrasada desde el 1 de octubre de 2014, al 1 de octubre de 2015.

El congelamiento parcial se llevará a cabo de la siguiente manera:

- Las últimas actualizaciones regulares anuales para los Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1240

*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 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 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.*

## Guía sobre el procesamiento de reclamaciones del sistema de pago mediante tarifa fija de Medicare para implementar la clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición (ICD-10)

Número de *MLN Matters*: SE1408 *Revisado*

Número de petición de cambio relacionado: 7492

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

*Este artículo fue revisado el 1 de agosto para reflejar la nueva fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015.*

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han identificado posibles problemas de procesamiento de reclamaciones para los proveedores con reclamaciones que abarcan el 1 de octubre de 2015, fecha de implementación de la clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición (ICD-10).

Para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre

Ver **GUÍA**, en la próxima página



## GUÍA

De la página anterior

de 2015, los proveedores del cuidado médico deben presentar reclamaciones utilizando solamente los conjuntos de códigos ICD-10. Las reclamaciones no pueden contener ambos, los códigos ICD-9 y los códigos ICD-10. Sin embargo, donde los códigos ICD-9 son efectivos para la porción de los servicios prestados en o antes del 30 de septiembre de 2015, CMS ha desarrollado las pautas para asistir a los proveedores en la presentación de reclamaciones.

Por ejemplo, si una reclamación de hospital conecta el día de transición con una fecha de alta a partir del 1 de octubre de 2015, entonces la reclamación completa es facturada utilizando ICD-10.

## Fecha límite para ICD-10 concede a la industria del cuidado de la salud tiempo suficiente para prepararse para el cambio

### Fecha límite fijada para el 1 de octubre de 2015

El 31 de julio, el departamento de salud y servicios sociales [emitió una regla](#) que determina el 1 de octubre de 2015 como la nueva fecha de cumplimiento para que los proveedores del cuidado de la salud, los planes de salud y las casas de facturación del cuidado de la salud hagan la transición a ICD-10. Esta fecha límite concede a los proveedores, compañías de seguro y otros en la industria del cuidado de la salud, tiempo para mejorar sus operaciones para asegurar que sus sistemas y procesos de negocios estén listos para el 1 de octubre de 2015.

Los códigos ICD-10 en una reclamación son utilizados para clasificar los diagnósticos y procedimientos en las reclamaciones presentadas a Medicare y los pagadores de seguros privados. Al permitir una codificación más detallada de la historia del paciente, ICD-10 puede ayudar a coordinar mejor el cuidado de un paciente entre proveedores y a través del tiempo. ICD-10 mejora la medida de calidad y reporte, facilita la detección y la prevención del fraude, desechos y abuso y conduce a una mayor precisión de reembolso de los servicios médicos. La granularidad del conjunto de códigos mejorará la captación de datos y el análisis de vigilancia de la salud pública y reporte, el reporte nacional de calidad, la investigación y análisis de datos, y proveerá datos detallados para mejorar la prestación del cuidado de la salud. Los proveedores del cuidado de la salud y los grupos de especialidad en los Estados Unidos proporcionaron una amplia contribución en el desarrollo de ICD-10, lo cual incluye códigos más detallados para las condiciones que tratan y refleja avances en la medicina y en la tecnología médica.

“Los códigos ICD-10 proveerán más apoyo para el cuidado del paciente y mejorarán el manejo de enfermedades, las medidas de calidad y el análisis,”

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1408.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1408

*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.*

dijo Marilyn Tavenner, administradora de CMS. “Para pacientes bajo el cuidado de múltiples proveedores, ICD-10 puede ayudar a promover la coordinación del cuidado.”

Al utilizar ICD-10, los doctores pueden capturar más información, lo que significa que pueden entender mejor los detalles importantes sobre la salud del paciente que con ICD-9-CM. Por otra parte, el nivel de detalle que es provisto a través de ICD-10 significa que los investigadores y los oficiales de salud pública pueden tener un mejor control de las enfermedades y los resultados de salud. ICD-10 refleja diagnósticos mejorados de la enfermedad crónica e identifica las causas subyacentes, las complicaciones de la enfermedad y las condiciones que contribuyen a la complejidad de una enfermedad. Adicionalmente, ICD-10 captura la severidad y etapa de las enfermedades tales como la enfermedad renal crónica, diabetes y asma.

La revisión anterior, ICD-9-CM, contiene términos obsoletos que son inconsistentes con la práctica médica actual, la nueva tecnología y los servicios preventivos.

ICD-10 representa un cambio significativo que afecta a toda la comunidad del cuidado de la salud. Y es así como la mayoría de la industria ya ha invertido recursos hacia la implementación de ICD-10. CMS ha implementado un enfoque de pruebas extensas, incluyendo pruebas integrales en 2015, para ayudar a asegurar que los proveedores estén listos. Mientras muchos proveedores, incluyendo médicos, hospitales y planes de salud, han completado los cambios necesarios del sistema para hacer la transición a ICD-10, el tiempo ofrecido por el Congreso y esta regla garantizan que todos los proveedores estén listos.

Para información adicional sobre ICD-10, por favor visite el sitio Web de [ICD-10](#).

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

## Inscripción de Proveedores

# Extensión de la moratoria de inscripción del proveedor para las HHA y los suplidores de ambulancia de Parte B

Número de *MLN Matters*: SE1425  
 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

Efectivo a partir del 30 de julio de 2014, la moratoria provisional de las nuevas agencias de salud en el hogar (HHA), subunidades de HHA y suplidores de ambulancia de Parte B está siendo extendida por unos seis meses adicionales en ciertas localidades geográficas (listadas en el artículo).

Hasta el momento en que expire esta moratoria de seis meses, las HHA, las subunidades de HHA y los suplidores de ambulancia de Parte B no deben presentar solicitudes de inscripción inicial o solicitudes de cambios

de información para añadir localidades adicionales de práctica; estas solicitudes serán denegadas. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciarán en el *Federal Register* cuando la moratoria haya sido levantada o si será extendida.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1425.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1425

*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 que se 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

# Actualización de CARC, RARC, MREP y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM8855  
 Número de petición de cambio relacionado: 8855  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de julio de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2996CP  
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8855 instruye a los contratistas de Medicare y a los mantenedores del sistema compartido (SSM) para hacer cambios en la programación para incorporar códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) nuevos y modificados que han sido agregados desde la última actualización del código proporcionado por la CR 8703 (Transmittal R2920CP emitida el 4 de abril de 2014). También instruye al sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) y al sistema de Medicare (VMS) de los sistemas de procesamiento viable de información (VIP) a actualizar los programas software PC Print y Medicare Remit Easy Print (MREP) de manera respectiva.

La CR 8855 no provee una lista completa de códigos. Usted debe obtener la lista completa para CARC y RARC desde el sitio Web Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/Reference>. Si hay alguna discrepancia en el texto del código tal como fue

publicado en el sitio Web de WPC, y como se informa en cualquier CR, la versión de WPC debe ser implementada.

**Nota:** Si usted usa los programas de software MREP o PC Print, asegúrese de descargar el software actualizado cuando esté disponible.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8855.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8855, 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/R2996CP.pdf>.

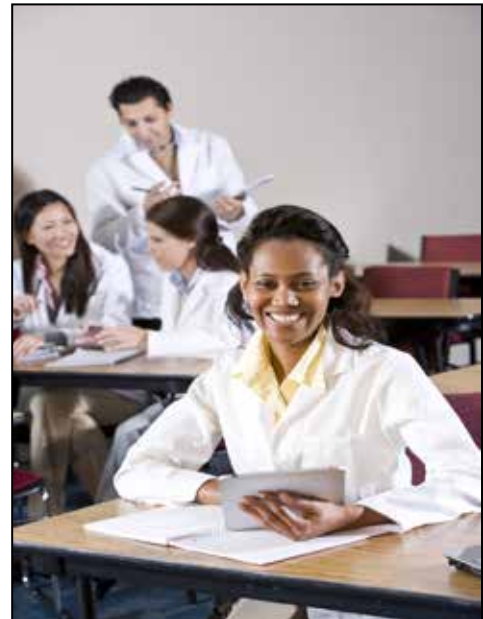
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2996, CR 8855

*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.*

## Consejos de inscripción de EDI

A continuación se encuentran unos consejos importantes a tener en cuenta al completar un formulario de inscripción de EDI:

- Efectivo el 1 de septiembre de 2014, Medicare EDI devolverá todos los formularios de inscripción de EDI recibidos que contienen una fecha de revisión del formulario más antigua que el 21 de julio de 2014
- Un enlace a las instrucciones de finalización se encuentra en la parte inferior de la página 1 del formulario de inscripción de EDI
- El formulario de inscripción de EDI es interactivo permitiéndole completar el formulario en línea, imprimirlo, firmarlo y fecharlo
- Todos los campos con un asterisco (\*) son requeridos
- Una hoja de cubierta de fax requerida debe preceder el formulario de inscripción de EDI
- El formulario de inscripción de EDI es un documento legal y todas las páginas deben ser devueltas con la solicitud, de otra manera, la solicitud completa será devuelta
- Los facturadores electrónicos serán automáticamente inscritos para remesa de pago electrónica (ERA) con el remitente en la solicitud a menos que se indique lo contrario en la sección de ERA
- Si está solicitando SPR (remesa en papel estándar), un formulario de excepción también es requerido. Este puede ser obtenido contactando a Medicare EDI y debe ser enviado con el formulario de inscripción de EDI. **Nota:** Un formulario de excepción requiere una justificación de negocio para solicitar la remesa en papel
- Si usted se está inscribiendo en PC-ACE Pro32™, debe especificar la manera en la cual usted prefiere recibir el software. Una vez el formulario sea completado e impreso, usted debe firmar en el campo de la firma original oficial autorizada en la sección de PC-ACE Pro32™ y la sección de requerimientos de firma
- Requerimientos de firma: la firma original y el título oficial autorizados en la sección deben ser completados en todas las solicitudes, firmar esta



sección confirma que usted ha leído y está de acuerdo con el convenio, las obligaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y las secciones de atestación en la página 3 y 40

- Es altamente recomendado que mantenga una copia de su formulario(s) de inscripción completado para sus archivos
- Un enlace ha sido provisto en la hoja de cubierta de fax de EDI a la página de acceso al sistema remoto (DDE) de Medicare de Parte A para obtener el formulario de solicitud de ID de usuario de DDE
- Los formularios de EDI son procesados en el orden en el cual son recibidos. Una notificación será enviada al contacto listado en el formulario informando sobre el estatus del formulario
- Una vez el formulario haya sido completado, imprímalo, fírmelo, féchelo y devuelva todas las páginas incluyendo la hoja de cubierta de fax de EDI
- Todos los formularios recibidos después de las 2:00 pm ET tendrán la fecha de recepción del siguiente día hábil

### 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.

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

Número de *MLN Matters*: MM8711 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 8711  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de agosto de 2014  
 Fecha de efectividad: 2 de septiembre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1418OTN  
 Fecha de implementación: 2 de septiembre de 2014

*Este artículo fue revisado el 12 de agosto para reflejar la petición de cambio revisada (CR) 8711 emitida el 8 de agosto de 2014 y para evaluar el número de la versión y la fecha de la publicación del Council Affordable Quality Healthcare Committee sobre Operating Rules for Information Exchange (CAQH CORE). Además, se cambiaron la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para el acceso a la CR.*

### 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/R1418OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1418, CR 8711

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

## Tarifas Fijas

### Actualización trimestral de octubre de la tarifa fija de DMEPOS 2014

Número de *MLN Matters*: MM8865  
 Número de petición de cambio relacionado: 8865  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3011CP  
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han actualizado las cantidades de pago de tarifa fija del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) con vigencia a partir del 1 de octubre, lo cual incluye cambios en las políticas de pago. Las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) son actualizadas trimestralmente, cuando es necesario, para implementar las cantidades de tarifas fijas para los códigos nuevos y existentes, según corresponda y para aplicar los cambios en las políticas de pago. Los cambios incluyen lo siguiente:

- Los códigos para férulas, yesos y ciertos lentes intraoculares fueron añadidos al archivo de tarifas fijas de DMEPOS, lo cual está sujeto a reglas de deducibles y coaseguro. El pago por estos artículos es el más bajo entre el cargo actual o la cantidad de la tarifa fija

- A partir del 1 de octubre, los códigos K0901 y K0902 (órtesis de rodilla prefabricada) serán añadidos al archivo de tarifa fija de DMEPOS 2014
- Según se refleja en la petición de cambio 6270, los códigos K0734, K0735, K0736 y K0737 fueron discontinuados y transferidos a E2622, E2623, E2624 y E2625, respectivamente

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8865.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8865, 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/R3011CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3011, CR 8865

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

## Recursos educativos

### Calendario de eventos

#### Septiembre de 2014

Webcast sobre cómo corregir reclamaciones de el 'SPOT' (B)

Cuando: 9 de septiembre de 2014

Hora: 11:00 AM-mediódía

Tipo: Webcast

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/272976.asp>

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 16 de septiembre de 2014

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

Tipo: Webcast

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/271790.asp>

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B

Cuando: 17 de septiembre de 2014

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

Tipo: Webcast

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/271800.asp>

Medicare te informa 2014 San Juan

Cuando: 18-19 de septiembre

Hora: 9:00 a.m - 4:15 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/272581.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, 7 de agosto de 2014 – <http://go.usa.gov/NmS9>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 14 de agosto de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-08-14-eNews.pdf>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 21 de agosto de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Downloads/2014-08-21-eNews.pdf>

### **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

# Procesamiento de reclamaciones de SNF para el modelo 2 de BPCI de beneficiarios que no hayan cumplido con el requisito de la estadía hospitalaria de tres días

Número de *MLN Matters*: MM8792  
Número de petición de cambio relacionado: 8792  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de julio de 2014  
Fecha de efectividad: 27 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R106DEMO  
Fecha de implementación: 27 de octubre de 2014

### Resumen

La petición de cambio (CR) 8792 respalda la implementación continua del modelo 2 del paquete de pagos para la iniciativa del mejoramiento de la atención (BPCI) informando a los centros de enfermería especializada (SNF) de las políticas de uso en torno a la exención de la estadía de tres días, las cuales incluyen el uso apropiado del código 62 de la autorización del tratamiento.

Se anima a los médicos, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud a trabajar juntos para coordinar una mejor atención a los pacientes, tanto cuando están en el hospital como después del alta. Los modelos BPCI vinculan los pagos de múltiples servicios que los beneficiarios reciben durante un episodio de atención. En el modelo 2, el episodio de atención es definido

como la hospitalización aguda del paciente y la atención postaguda.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8792.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8792, 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/R106DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 106, CR 8792

*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

# Automatización de la solicitud para el proceso de reapertura de reclamaciones

Número de *MLN Matters*: MM8581  
Número de petición de cambio relacionado: 8581  
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de agosto de 2014  
Fecha de efectividad: Reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R3022CP  
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron unos cambios que permitirán a los proveedores y sus vendedores solicitar electrónicamente una reapertura de reclamaciones.

Cuando un proveedor necesita corregir o complementar una reclamación, y la reclamación todavía está dentro de los límites de presentación oportuna, los proveedores pueden presentar una reclamación de ajuste para remediar el error.

CMS solicitó al National Uniform Billing Committee (NUBC) un código "nuevo" de frecuencia de tipo de factura para ser utilizado por los proveedores, que indica una solicitud de reapertura y una serie de códigos de condición para identificar el tipo de reapertura que está siendo solicitada.

Efectivo con las reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2015, las reaperturas de reclamaciones institucionales deben ser presentadas con un código de frecuencia "Q" para identificarlas como una reapertura.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8581.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8581, 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/R3022CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3022, CR 8581

*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.*

## Modificación de las ediciones que superponen las reclamaciones de FISS para las reclamaciones de pacientes internos de Parte B

Número de *MLN Matters*: MM8820  
 Número de petición de cambio relacionado: 8820  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1412OTN  
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

### Resumen

Cuando una admisión hospitalaria es considerada no razonable y necesaria, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) permiten el pago de todos los servicios de hospital que fueron provistos y que hubieran sido razonables y necesarios si el beneficiario hubiera sido tratado como un paciente externo.

En una acción relacionada con esta política, CMS recientemente aconsejó a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) el modificar el uso de las ediciones de reclamaciones duplicadas del sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) cuando un tipo de factura ambulatoria (TOB) 013x superpone una TOB 012x de paciente interno si la fecha “hasta” de la TOB 013x es igual a la fecha “desde” del TOB 012x.

Los servicios de pacientes internos de la Parte B provistos por un hospital que no son pagados bajo el OPSS pueden

ser reembolsados de acuerdo a las tarifas fijas de la Parte B o a las tarifas determinadas prospectivamente por las cuales se pagan estos servicios, cuando son provistos a pacientes ambulatorios de hospital.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8820.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8820, 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/R1412OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1412, CR 8820

*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.*

## Instrucciones de codificación para la reapertura de reclamaciones de forma electrónica

Número de *MLN Matters*: SE1426  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron cambios que permitirán a los proveedores y a sus vendedores solicitar una reapertura de reclamaciones de forma electrónica.

En el artículo de *MLN Matters*® [MM8581](#), CMS declaró que efectivo con las reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2015, las reaperturas de las reclamaciones institucionales deben ser presentadas con un código de frecuencia “Q” para identificarlas como una reapertura.

En combinación con [MM8581](#), CMS ha publicado las

instrucciones de codificación para presentar solicitudes para reabrir las reclamaciones que están fuera del plazo de presentación de la reclamación.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1426.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1426

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

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





## Hospital

# CMS emite una regulación de pago de hospitalización

### Regla final fortalece el vínculo entre el pago y el mejoramiento de la calidad

La regla final emitida el 4 de agosto por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) adopta los mejoramientos en la calidad del cuidado que limita el pago para las condiciones adquiridas en el hospital (HAC) y las readmisiones. La regla, la cual actualiza las políticas de pago de Medicare y las tarifas de hospitalizaciones en los hospitales de cuidados intensivos y en los hospitales de cuidado prolongado (LTCH) para el año fiscal (FY) 2015, se basa en los esfuerzos de la administración para obtener mejores resultados en los pacientes del hospital y para disminuir el crecimiento de los costos del cuidado de la salud a largo plazo.

La regla también es compatible con la transparencia de los precios al recordarle a los hospitales sobre el requerimiento del Affordable Care Act de publicar o de otra manera hacer disponibles sus tarifas para los pacientes y el público.

“Las políticas de hoy en día apoyan más nuestros esfuerzos para continuar mejorando el cuidado que reciben nuestros beneficiarios de Medicare a la vez que cortan el crecimiento de los costos de Medicare,” dijo la administradora de CMS, Marilyn Tavenner. “Esta regla final se basa en nuestros esfuerzos recientes para mejorar la ejecución del hospital mientras que se le provee a los hospitales la claridad y los recursos que necesitan para ofrecer la mejor atención posible para los pacientes.”

CMS anunció que la actualización de la tasa de pago para los hospitales generales de cuidados intensivos será 1.4 por ciento en el FY 2015. La actualización de la tasa para los hospitales de cuidado prolongado será de 0.9 por ciento. La diferencia en la actualización se explica por diferentes provisiones estatutarias y regulatorias que aplican a cada sistema.

La regla final también resume las ideas recibidas de las partes interesadas en una metodología de pago alternativo para casos de hospitalizaciones de estadía corta que también pueden ser tratados de forma ambulatoria.

### Mejora en el cuidado del paciente

**Programa de compra basado en valor (VBP) de hospital:** El VBP de hospital, el cual fue establecido por el Affordable Care Act, ajusta los pagos a hospitales bajo el sistema de pago prospectivo de pacientes internos (IPPS) en base a la calidad del cuidado que proporcionan a los pacientes. Para el FY 2015, según las indicaciones de la ley, CMS está aumentando el porcentaje de reducción aplicable, la porción de los pagos de Medicare disponibles para financiar los pagos de incentivos basados en valor bajo el programa, al 1.5 por ciento de las cantidades de pago de los grupos de diagnósticos relacionados (DRG) de la base operativa para todos los hospitales participantes. CMS estima que la cantidad total disponible para los

pagos de incentivo basados en valor en FY 2015 será aproximadamente \$1.4 billones.

**Programa de reducción de readmisiones de hospital:** La reducción máxima en los pagos bajo el programa de reducción de readmisiones de hospital aumentará de dos a tres por ciento según requerido por la ley. Para el FY 2015, CMS evaluará las penalidades de las readmisiones a los hospitales utilizando cinco medidas de readmisión aprobadas por el National Quality Forum. CMS estima que las readmisiones de hospital en Medicare declinaron por un total de 150,000 desde enero de 2012 hasta diciembre de 2013.

**Programa de reducción de las condiciones adquiridas en el hospital:** CMS está implementando el programa de reducción de condiciones adquiridas en el hospital del Affordable Care Act. A partir del FY 2015, a los hospitales con una puntuación dentro del cuartil superior de la tasa de las condiciones adquiridas en el hospital (HAC) (es decir, aquellos con el rendimiento más pobre) se les reducirán los pagos de incentivo de Medicare en un uno por ciento. Este nuevo programa está basado en el progreso en esta área alcanzado a través del programa existente de HAC, el cual está actualmente ahorrando aproximadamente \$30 millones anualmente al no proporcionar pago adicional de Medicare para el tratamiento de ciertas condiciones que son razonablemente prevenibles, cuando esas condiciones son adquiridas después que el beneficiario ha sido admitido al hospital por una condición diferente.

**Programas de reporte de calidad:** Los cambios de la regla para los programas de incentivo de calidad de Medicare continuarán fomentando una atención de alta calidad a la vez que disminuyen el tiempo y el esfuerzo que le toma a los proveedores reportar la información. También alineará ciertos requerimientos de reporte en el programa de incentivo de los registros de salud electrónicos (EHR) y el programa de reporte de calidad de hospitalizaciones (IQR). La regla final revisa las medidas para el reporte de calidad de hospitalización, el reporte de calidad de LTCH y los programas de reporte de calidad de hospital oncológico exento de PPS.

### Índice de salario – áreas del mercado de trabajo actualizadas

La ley requiere que Medicare ajuste su pago de hospital de pacientes internos por diferencias de áreas en el costo de labor – un ajuste conocido como el índice de salario. CMS está revisando las áreas del mercado de trabajo utilizadas para el índice de salario en base a las delineaciones del Core-Based Statistical Area de la oficina de gerencia y presupuesto (OMB) que están basadas en los datos del censo del 2010. Con el fin de mitigar los posibles impactos negativos de pago debido a la adopción de nuevas delineaciones de la OMB, CMS está adoptando una transición de un año durante el FY 2015 que se basaría en una combinación 50/50 del antiguo índice de salario y el

Ver **CMS**, en la próxima página

## CMS

De la página anterior

nuevo índice de salario. El nuevo índice de salario entrará en vigencia en su totalidad en FY 2016. Esto será para todos los hospitales que experimentarían una disminución en su índice de salario exclusivamente debido a la implementación de las nuevas delineaciones de la OMB, y una transición de tres años para los relativamente pocos hospitales ubicados actualmente en un municipio urbano que sería considerado rural bajo las nuevas delineaciones de la OMB.

### Para más información:

- [Regla final](#)
- [Hoja informativa: FY 2015 Policy and Payment Changes for Inpatient Stays in Acute-Care Hospitals and Long-Term Care Hospitals](#)
- [Hoja informativa: CMS to Improve Quality of Care during Hospital Inpatient Stays](#)

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

### 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*.

## ICD 10

# Códigos de diagnósticos requeridos para las reclamaciones de instituciones religiosas no médicas de atención de salud

Número de *MLN Matters*: MM8350 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 8350  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2013  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2765CP  
 Fecha de implementación: 6 de enero de 2014

*Este artículo fue revisado el 1 de agosto para reflejar la nueva fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015.*

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente instruyeron a los contratistas de Medicare a devolver a las instituciones religiosas no médicas de atención de salud cualquier reclamación que no contenga los códigos de diagnóstico para los servicios provistos a los beneficiarios de Medicare.

La política de Medicare requiere la presencia de códigos de diagnóstico para transacciones estándares de reclamaciones. Es requerido que las reclamaciones por los servicios provistos mientras Medicare utiliza los códigos de ICD-9 contengan los siguientes diagnósticos principales de ICD-9 y primero otros códigos de diagnóstico:

- Diagnóstico principal: 799.9 "other unknown and unspecified cause" (otra causa desconocida y no especificada)

- Otro diagnóstico: V62.6 "refusal of treatment for reasons of religion or conscience" (rechazo del tratamiento por razones de religión o consciencia)

CMS instruyó a los contratistas de Medicare a devolver a las instituciones religiosas no médicas de atención de salud cualquier reclamación recibida a partir del 1 de enero de 2014 (con cualquier fecha de reclamación de "hasta" antes del 1 de octubre de 2014), que no contenga estos códigos.

Con la implementación de ICD-10 en octubre de 2014, estos códigos serán reemplazados con el siguiente par de códigos de diagnóstico de ICD-10 para satisfacer el requerimiento de la reclamación:

- Diagnóstico principal: R69 "illness, unspecified" (enfermedad, no especificada)
- Otro diagnóstico: Z53.1 "procedure and treatment not carried out because of patient's decision for reasons of belief" (procedimiento y tratamiento no llevado a cabo debido a decisión del paciente por razones de creencias)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

Ver **CÓDIGOS**, en la próxima página

## CÓDIGOS

De la página anterior

8350, 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/R2765CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2765, CR 8350

## CMS clarifica las instrucciones de facturación para las reclamaciones institucionales de Medicare durante la conversión a ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE1325 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 fue revisado el 1 de agosto para reflejar la nueva fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015.*

### Resumen

En el enlace del artículo de la edición especial, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aclaran la política para el procesamiento de las reclamaciones divididas para proveedores institucionales que incluyen la clasificación internacional de enfermedades, 10ª revisión (ICD-10) con fecha de implementación del 1 de octubre de 2015.

Los códigos ICD-9 son efectivos para aquella porción de servicios prestados el 30 de septiembre de 2015, y antes. Los códigos ICD-10 son efectivos para aquella porción de servicios prestados el 1 de octubre del 2015, y después.

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

Número de *MLN Matters*: SE1410 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 fue revisado el 1 de agosto para to reflejar la nueva fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015.*

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron instrucciones especiales de facturación para las agencias de salud en el hogar (HHA) para aplicar a las reclamaciones por episodios de salud en el hogar que abarcan la implementación de la clasificación internacional de enfermedades, modificación clínica 10ª edición (ICD-10-CM) del 1 de octubre de 2015.

De acuerdo con CMS, tres factores afectarán cómo los códigos de ICD-10-CM serán utilizados en estos episodios

*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.*

CMS requerirá que los proveedores dividan las reclamaciones de tal forma que todos los códigos ICD-9 permanezcan en la reclamación con fecha de servicio (DOS) hasta el 30 de septiembre 2015, y todos los códigos ICD-10 sean colocados en la otra reclamación con DOS a partir del 1 de octubre de 2015, y después. En el artículo CMS proporciona una lista de los tipos de facturas y los requerimientos para el procesamiento de reclamaciones para la transición a ICD.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1325.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1325

*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.*

para los servicios que abarcan la fecha del 1 de octubre:

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

### Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1410

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

**Problemas de procesamiento**

**Ajuste de algunas reclamaciones de hospital de servicios de terapia**

**Problema**

Ciertas reclamaciones de hospital de servicios de terapia procesadas entre el 7 de abril y el 28 de julio de 2014, pueden haber sido pagadas por error ya que los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare no aplicaron los servicios para el límite de terapia de manera apropiada.

**Resolución**

Las reclamaciones afectadas tenían una o más líneas con el código de ingreso 042x, 043x o 044x con el modificador GN, GO o GP. El problema del sistema fue corregido el 28 de julio. Las reclamaciones afectadas serán ajustadas.

**Estatus/fecha de solución**

Abierto. Las reclamaciones serán ajustadas a partir del 28 de julio de 2014. Todos los ajustes serán completados antes del 31 de octubre 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.

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

**Sistema de pago prospectivo**

**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

*Este artículo fue revisado el 18 de julio para reflejar la petición de cambio revisada (CR) 8743 emitida el 16 de julio. En el artículo, la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para acceder a la CR 8743 están actualizados.*

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron 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 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 a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

## Actualización de las especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de octubre de 2014



Número de *MLN Matters*: MM8879  
Número de petición de cambio relacionado: 8879  
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de agosto de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R3018CP  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las especificaciones de la actualización de octubre de 2014 del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE).

De acuerdo con CMS, el I/OCE envía todas las reclamaciones institucionales de pacientes ambulatorios a

## Actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios de hospital de octubre de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8873  
Número de petición de cambio relacionado: 8873  
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R3012CP  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron actualizaciones clave para el sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital de 2014.

Con la actualización de OPPS, CMS añade un nuevo servicio médico asignado para el pago de OPPS y cuatro medicamentos y productos biológicos para pasar por el estatus de OPPS. También, CMS actualiza las tarifas de pago para los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) J9047 (Injection, carfilzomib, 1 mg) y J9315 (Romidepsin injection).

CMS incluirá los cambios a las tarifas de pago del precio de venta promedio para medicamentos y productos biológicos en la publicación de octubre de 2014 del pricer OPPS en casos donde los ajustes a las tarifas de pago son necesarios en base a las comunicaciones más

través de un sólo editor de código integrado.

Las actualizaciones clave incluyen cambios en los códigos de pago para los centros de salud federalmente calificados, la implementación de la última publicación del instituto nacional de codificación correcta, versión 20.3 y los nuevos códigos para la lista de productos de sustitutos de piel.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8879.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8879, 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/R3018CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3018, CR 8879

*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.*

recientes del precio de venta promedio. CMS incorporará adiciones, cambios y supresiones a HCPCS, clasificación del pago ambulatorio, modificador de HCPCS, indicadores de estatus y códigos de ingreso en el editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) y el pricer OPPS 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/MM8873.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8873, 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/R3012CP.pdf>.

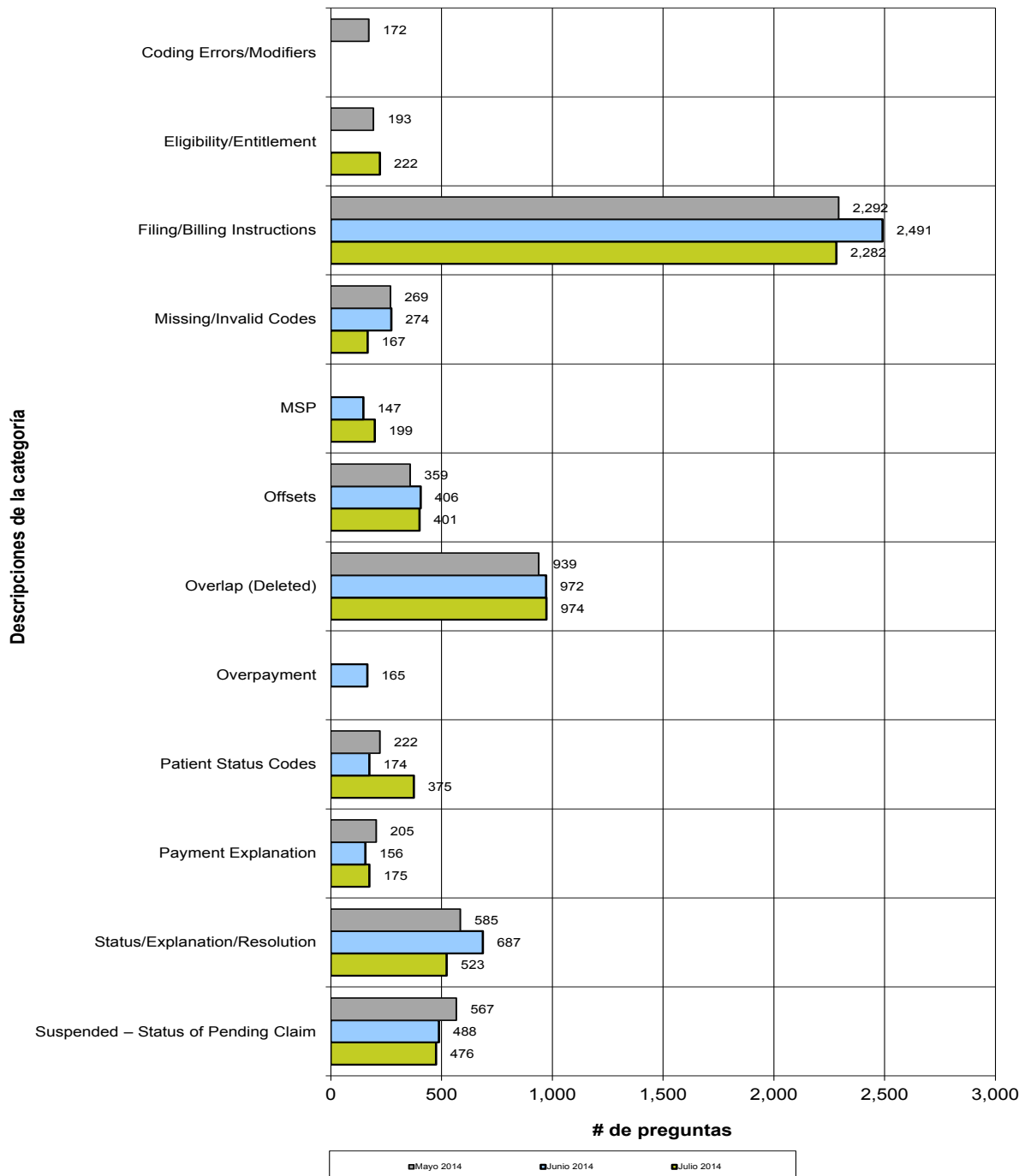
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3012, CR 8873

*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 que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información 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.*

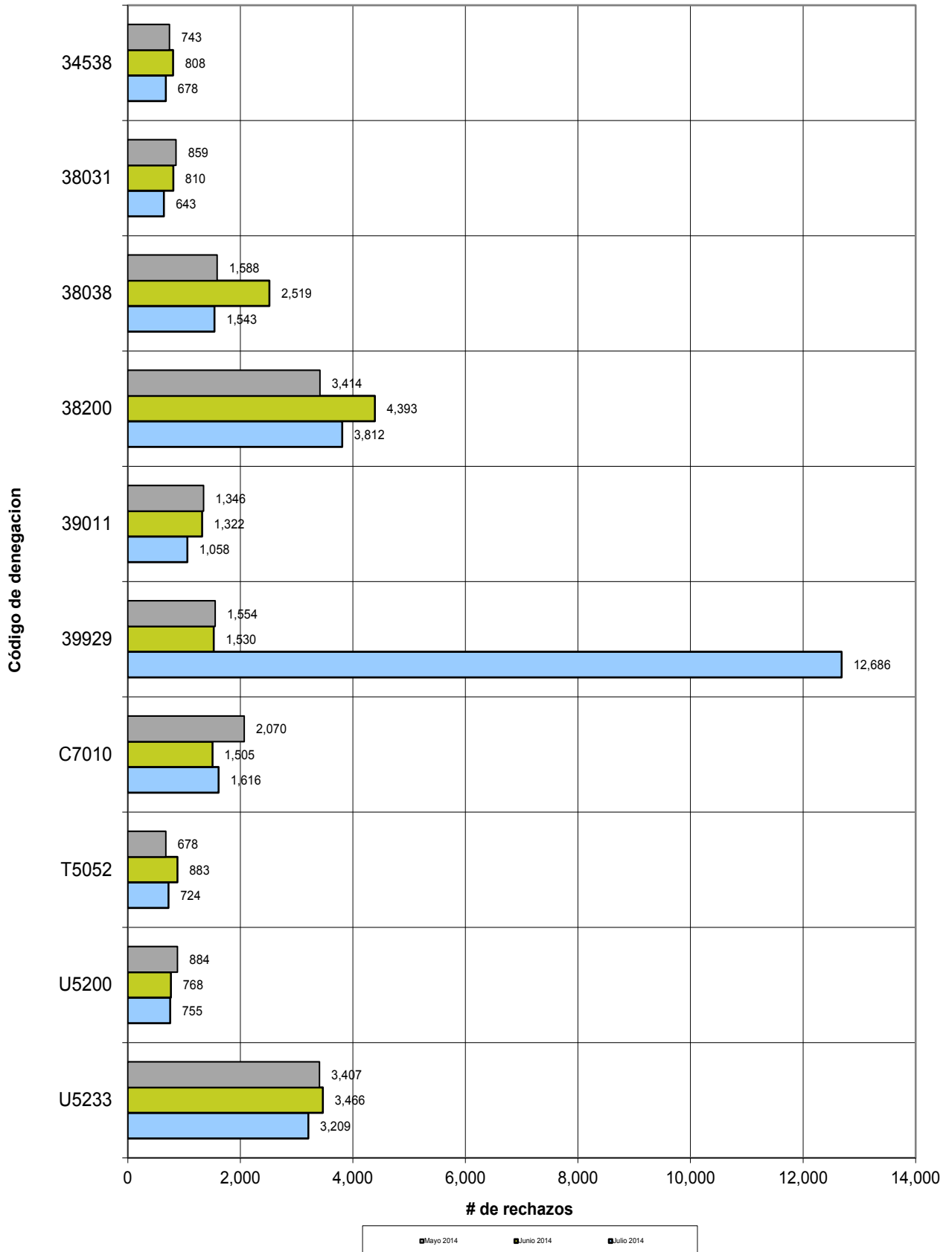
# Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en mayo - julio de 2014

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 mayo a julio 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.fco.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fco.com/Preguntas_y_denegaciones/).

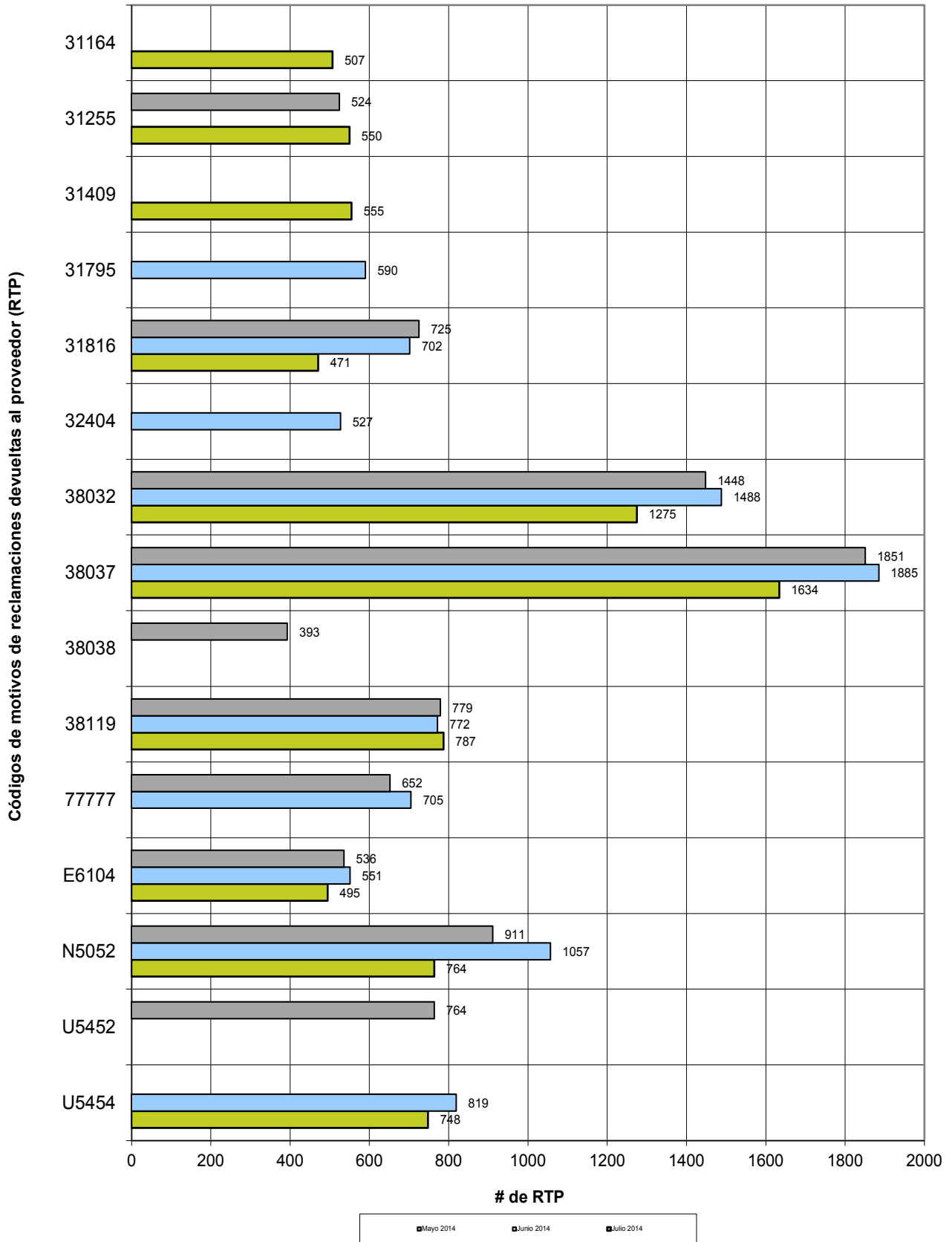
## Preguntas de Parte A más frecuentes en mayo-julio de 2014



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



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

### Mohs micrographic surgery (MMS) – revisión a la LCD de Parte A

**Identificador de LCD: L28932 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28953 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para la cirugía micrográfica de Mohs (Mohs micrographic surgery, MMS) fue revisada y presentada durante el ciclo del comité asesor del contratista (CAC) de octubre de 2011. Un amplio número de comentarios fueron recibidos en relación al defecto de cierre y reparación, así como también, cuáles especialidades médicas son consideradas calificadas para realizar procedimientos de Mohs. El borrador revisado de la LCD no fue finalizado en aquel momento, se quedó pendiente, esperando por la publicación del criterio del uso apropiado por la American Academy of Dermatology. Un nuevo borrador fue publicado nuevamente en octubre de 2013, basado en los problemas continuos identificados a través de la revisión médica y el análisis de los datos. Es de destacar que los datos de 2013 para los servicios de Mohs facturados en Florida indicaron que más de 92 millones de dólares fueron concedidos (sin añadir la reconstrucción del defecto quirúrgico que añade un costo considerable cuando es utilizado) para aproximadamente 67,000 beneficiarios de Medicare. También, los datos de pago y utilización del proveedor de Medicare de 2012 para todos los servicios está disponible en el dominio público.

Desde el ciclo de las políticas de octubre de 2013, el personal de política médica y los directores médicos han colaborado con la práctica de los médicos que representan las especialidades de dermatología y cirugía plástica y revisaron más a fondo el borrador

### Myocardial imaging, positron emission tomography (PET) Scan – revisión a la LCD de Parte A

**Identificador de LCD: L28933 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28954 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para la exploración PET de imágenes de miocardio ha sido revisada con base en problemas identificados durante la revisión médica de la documentación. Bajo la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity", se agregó un texto para especificar ciertas indicaciones cuando una exploración PET se realiza sustituyendo, pero no en adición, a la tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT). El texto de toda la LCD se actualizó y consolidó con base en el texto actual del manual de CMS para las exploraciones PET. Además, se añadió la sarcoidosis cardíaca a la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity". Se requieren diagnósticos duales para la sarcoidosis cardíaca, y por lo tanto, fueron agregados los códigos ICD-9-CM

para incorporar el criterio del uso apropiado por la American Academy of Dermatology. Debido a la inclusión de lenguaje más restrictivo, el borrador fue publicado nuevamente en febrero de 2014 por un periodo de comentario adicional de 45 días y se presentó para discusión en las reuniones de CAC de Florida y de Puerto Rico.

En resumen, están siendo implementadas revisiones importantes a la LCD actual para abordar los distintos problemas que fueron presentados durante los periodos de comentarios para octubre de 2011, octubre de 2013 y febrero de 2014. Esta LCD ha sido revisada para actualizar las siguientes secciones: "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity," "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" y "Documentation Guidelines" para realización de la cirugía micrográfica de Mohs. También, la sección "Sources of Information and Basis for Decision" de esta LCD fue actualizada.

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 6 de octubre de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS 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](#).

135 y 425.8 a la sección de la LCD "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" para el código *CPT 78459*. Adicionalmente, fue agregado el código (786.50) ICD-9-CM para dolor de pecho. También fue actualizada la sección de la LCD "Sources of Information and Basis for Decision".

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 22 de septiembre 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](#).

## LCD retiradas

### Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo retiradas

**Identificador de LCD: L28758, L28779, L28820, L28935 (Florida)**

**Identificador de LCD: L28759, L28783, L28853, L28956 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

**Identificador de LCD: L31508 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base al análisis de datos las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) fueron retiradas.

1. Aldesleukin (Proleukin<sup>®</sup>, Interleukin-2, Recombinant, and RIL-2)
2. ATGAM (Lymphocyte Immune Globulin, Anti-thymocyte Globulin (Equine))
3. Denileukin Diftitox (Ontak<sup>®</sup>)

4. Nesiritide (Natrecor<sup>®</sup>) Intravenous Infusion Therapy
5. Selective Treatment of HAE with Cinryze<sup>™</sup>, Berinert<sup>®</sup> and Ecallantide

#### Fecha de vigencia

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 7 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 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

### Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: Myalept<sup>™</sup> (metreleptin para inyección) J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas sobre el pago de Medicare por medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y por lo tanto, no cubierto por Medicare.

Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de los medicamentos autoadministrados inyectables, incidente al servicio de un médico, están en el Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, capítulo 15, sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **a partir del 13 de**

**octubre de 2014**, el siguiente medicamento ha sido añadido a la lista SAD de Parte B de MAC JN.

- J3490/J3590/C9399 Metreleptin para inyección (Myalept<sup>™</sup> para uso subcutáneo) 11.3mg

La evaluación de medicamentos para ser añadidos a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista de SAD para la adición o supresión de medicamentos.

Las listas de SAD están disponibles a través del sitio Web de First Coast Service Options, Inc. (First Coast) en: [http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos\\_autoadministrados/](http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/).

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

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

#### Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

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

### BENEFICIARIOS

#### Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

[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 prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

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

#### Ferrocarril Medicare

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

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

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

## Números telefónicos

#### Servicio al cliente/IVR

##### Proveedores:

888-664-4112

##### Impedimento auditivo y del habla

877-660-1759

##### Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

##### Impedimento auditivo y del habla

800-754-7820

#### Reporte del balance de crédito

##### Recuperación de deudas

904-791-6281

##### Fax

904-361-0359

#### Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

#### Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

#### Educación y alcance al proveedor

##### Línea para registro de seminarios

904-791-8103

##### Fax para registro de seminarios

904-361-0407

#### Inscripción del proveedor

877-602-8816

## Sitios Web

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

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

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

#### Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

##### Proveedores:

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

##### Beneficiarios:

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

**Cobertura**

## Medicare clarifica la definición de “confinado en el hogar”

Número de *MLN Matters*: MM8818  
 Número de petición de cambio relacionado: 8818  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2014  
 Fecha de efectividad: 2 de septiembre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R192BP  
 Fecha de implementación: 2 de septiembre de 2014

**Resumen**

El *Medicare Benefit Policy Manual*, capítulo 15, sección 60.4.1 (Definition of Homebound Patient Under the Medicare Home Health (HH) Benefit [definición de paciente confinado en el hogar bajo el beneficio de salud en el hogar (HH) de Medicare]) ha sido revisado para definir la definición, así como lo que no está considerado en la definición de “confinado en el hogar” (homebound).

Los pacientes deben cumplir con los requerimientos de los criterios especificados para ser elegibles para el cuidado cubierto de salud en el hogar, según como lo define la ley.

**Nota:** Se han removido los términos tales como “en general” para asegurar que los requerimientos de la



definición sean claros y específicos.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8818.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8818, 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/R192BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 192, CR 8818

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

## Actualización del sistema de pago de ASC de octubre de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8880  
 Número de petición de cambio relacionado: 8880  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de agosto de 2014  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3025  
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

**Resumen**

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 8880, la cual describe los cambios a las políticas de pago e instrucciones de facturación que serán implementados con la actualización del sistema de pago prospectivo del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) de octubre de 2014. Esta actualización incluye los siguientes cambios clave:

- Nuevos medicamentos y productos biológicos (C9023, C9025, C9026, C9135)
- Indicador de pago revisado para los códigos J9160 y J9300
- Tarifa de pago actualizada para los códigos J7335,

J8700, J9171, J9315

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8880.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8880, 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/R3025CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3025, CR 8880

*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

### Mejora a MREP

Número de *MLN Matters*: MM8856  
Número de petición de cambio relacionado: 8856  
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R1413OTN  
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) presentaron el software de Medicare Remit Easy Print (MREP) en octubre de 2005. MREP es libre de costo y le concede a los proveedores y suplidores la capacidad de ver e imprimir las remesas de pago electrónicas (ERA).

MREP está siendo mejorado constantemente en base a los comentarios de los usuarios finales. La petición de cambio (CR) 8856 anuncia una mejora para corregir problemas con la organización de las páginas, cuando una reclamación larga continúa en otra página y a esa página subsiguiente le faltaban los encabezados.

**Nota:** Los usuarios de MREP serán notificados una vez que las mejoras hayan sido implementadas, las cuales

están programadas para el 5 de enero de 2015.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8856.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8856, 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/R1413OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1413, CR 8856

*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.*

## Laboratorio

### Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8805  
Número de petición de cambio relacionado: 8805  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de julio de 2014  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R2988CP  
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 8805 informa a los contratistas de las pruebas con dispensa recientemente aprobadas por la Food and Drug Administration, bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, que requieren el modificador QW.

Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren un modificador QW para ser reconocidas como unas pruebas con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013 y 85651.

Dado que estas pruebas se comercializan inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar adecuadamente las reclamaciones.

Hay seis pruebas con dispensa de complejidad agregadas recientemente, las cuales se identifican en el anexo de la CR.

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

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8805.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8805, 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/R2988CP.pdf>.

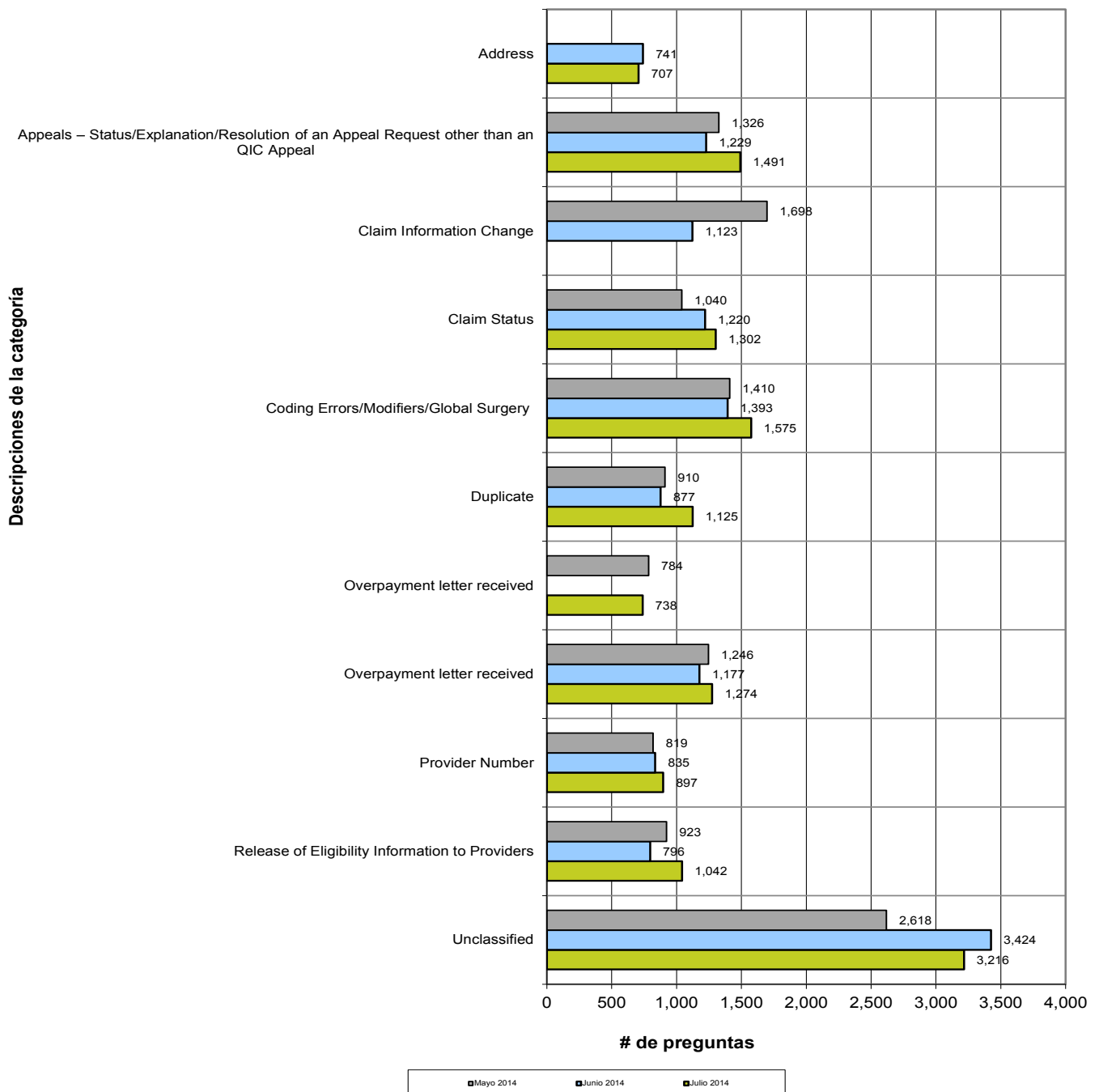
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2988, CR 8805

*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 mayo - julio de 2014

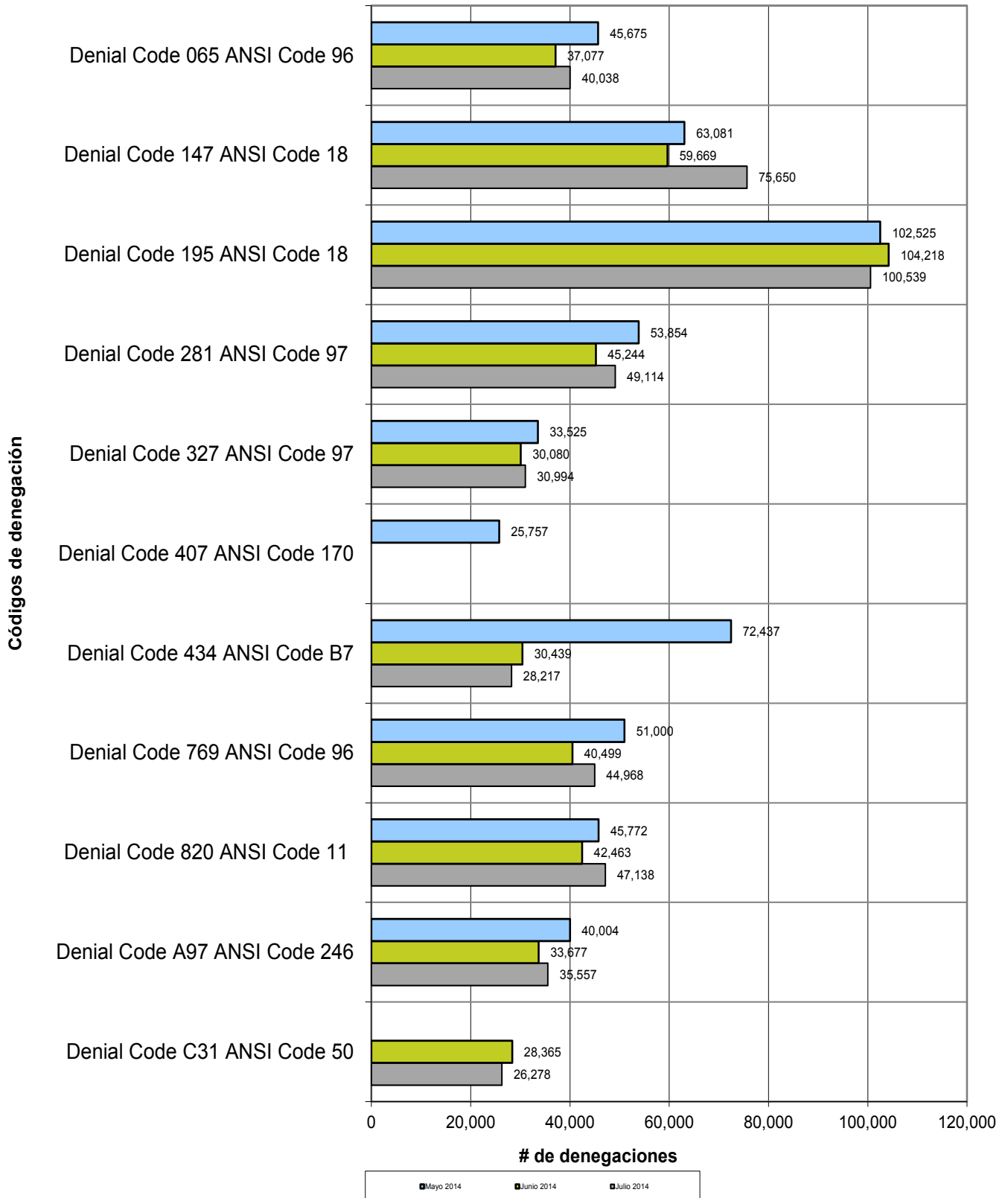
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de mayo a julio 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 mayo-julio de 2014

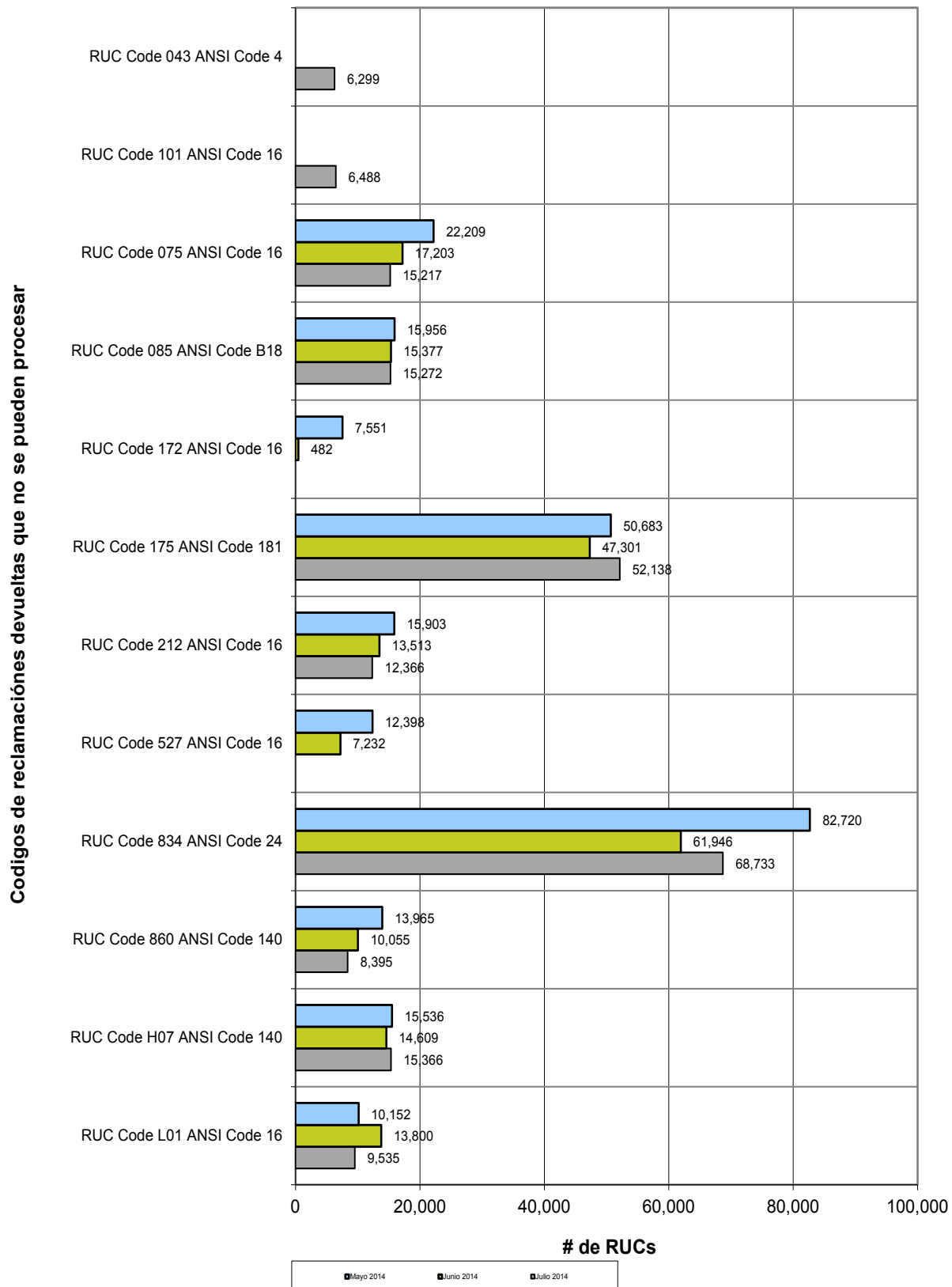




**Denegaciones de Parte B más frecuentes en mayo-julio de 2014**



RUC de Parte B más frecuentes en mayo-julio 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

### Health and behavior assessment/intervention – revisión a la LCD de Parte B

**Identificador de LCD: L29186 (Florida)**  
**Identificador de LCD: L29344 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una petición de reconsideración de una determinación de cobertura local (LCD), esta LCD ha sido revisada para añadir un texto aclaratorio, sobre la evaluación inicial de la salud y el comportamiento y la reevaluación, bajo el número dos en la sección “Documentation Requirements” de la LCD. El lenguaje actualizado dice lo siguiente: “Evidence of a referral to the clinical psychologist by the medical provider responsible for the medical management of the patient’s physical illness or verification of a recommendation from the medical provider to the Clinical Psychologist, obtained by request and review of the permanent medical record, must be documented in the medical record for the initial assessment and for reassessment” (“La evidencia de una remisión al psicólogo clínico por el proveedor médico responsable por la administración médica de la

enfermedad física del paciente o la verificación de una recomendación del proveedor médico al psicólogo clínico, obtenida por petición y revisión del registro médico permanente, debe ser documentada en el registro médico para la evaluación inicial y la reevaluación”).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 5 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 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](#).

### Mohs micrographic surgery (MMS) – revisión a la LCD de Parte B

**Identificador de LCD: L29230 (Florida)**  
**Identificador de LCD: L29366 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para la cirugía micrográfica de Mohs (Mohs micrographic surgery, MMS) fue revisada y presentada durante el ciclo del comité asesor del contratista (CAC) de octubre de 2011. Un amplio número de comentarios fueron recibidos en relación al defecto de cierre y reparación, así como también, cuáles especialidades médicas son consideradas calificadas para realizar procedimientos de Mohs. El borrador revisado de la LCD no fue finalizado en aquel momento, se quedó pendiente, esperando por la publicación del criterio del uso apropiado por la American Academy of Dermatology. Un nuevo borrador fue publicado nuevamente en octubre de 2013, basado en los problemas continuos identificados a través de la revisión médica y el análisis de los datos. Es de destacar que los datos de 2013 para los servicios de Mohs facturados en Florida indicaron que más de 92 millones de dólares fueron concedidos (sin añadir la reconstrucción del defecto quirúrgico que añade un costo considerable cuando es utilizado) para aproximadamente 67,000 beneficiarios de Medicare. También, los datos de pago y utilización del proveedor de Medicare de 2012 para todos los servicios están disponibles en el dominio público.

Desde el ciclo de las políticas de octubre de 2013, el personal de política médica y los directores médicos han colaborado con la práctica de los médicos que representan las especialidades de dermatología y cirugía plástica y revisaron más a fondo el borrador

para incorporar el criterio del uso apropiado por la American Academy of Dermatology. Debido a la inclusión de lenguaje más restrictivo, el borrador fue publicado nuevamente en febrero de 2014 por un periodo de comentario adicional de 45 días y presentado para discusión en las reuniones de CAC de Florida y de Puerto Rico.

En resumen, revisiones importantes están siendo implementadas a la LCD actual para abordar los distintos problemas que fueron presentados durante los periodos de comentarios para octubre de 2011, octubre de 2013 y febrero de 2014. Esta LCD ha sido revisada para actualizar las siguientes secciones: “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity,” “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” y “Documentation Guidelines” para realización de la cirugía micrográfica de Mohs. También, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de esta LCD fue actualizada.

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 6 de octubre 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](#).

## Myocardial imaging, positron emission tomography (PET) Scan – revisión a la LCD de Parte B

**Identificador de LCD: L29231 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29455 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para la exploración PET de imágenes de miocardio ha sido revisada con base en problemas identificados durante la revisión médica de la documentación. Bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, se agregó un texto para especificar ciertas indicaciones cuando una exploración PET se realiza sustituyendo, pero no en adición, a la tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT). El texto de toda la LCD se actualizó y consolidó con base en el texto actual del manual de CMS para las exploraciones PET. Además, se añadió la sarcoidosis cardíaca a la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”. Se requieren diagnósticos duales para la sarcoidosis cardíaca, y por lo tanto, fueron agregados los códigos ICD-9-CM

135 y 425.8 a la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” para el código *CPT 78459*. Adicionalmente, fue agregado el código (786.50) ICD-9-CM para dolor de pecho. También fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 22 de septiembre 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](#).

### LCD retiradas

## Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo retiradas

**Identificador de LCD: L29053, L29058, L29062, L29129, L29226, L29233, L29262, L29269 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29071, L29076, L29080, L29147, L29364, L29368, L29469, L29386 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

**Identificador de LCD: L31475, L30353 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base al análisis de datos las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) fueron retiradas.

1. Aldesleukin (Proleukin®. Interleukin-2, Recombinant, and RIL-2)
2. Aluminum
3. ATGAM (Lymphocyte Immune Globulin, Antithymocyte Globulin (Equine))
4. Denileukin Diftitox (Ontak®)
5. Metastron C Strontium-89 Chloride

6. Nesiritide (Natrecor®) Intravenous Infusion Therapy
7. Prostatic Acid Phosphatase
8. Retisert (fluocinolone acetonide intravitreal implant)
9. Selective Treatment of HAE with Cinryze™, Berinert® and Ecallantide
10. Ultrasound of the Spine

### Fecha de vigencia

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 7 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 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****Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte B: Myalept™ (metreleptin para inyección) J3490/J3590/C9399**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas sobre el pago de Medicare por medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico.

Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y por lo tanto, no cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de los medicamentos autoadministrados inyectables incidente al servicio de un médico están en el Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, capítulo 15, sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **a partir del 13 de**

**octubre de 2014**, el siguiente medicamento ha sido añadido a la lista SAD de Parte B de MAC JN.

- J3490/J3590/C9399 Metreleptin para inyección (Myalept™ para uso subcutáneo) 11.3mg

La evaluación de medicamentos para ser añadidos a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista de SAD para la adición o supresión de medicamentos.

Las listas de SAD están disponibles a través del sitio Web de First Coast Service Options, Inc. (First Coast) en: [http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos\\_autoadministrados/](http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/).

**First Coast Service Options Inc. proporciona las determinaciones locales de cobertura (LCD), cuando estas existen, para los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare**

**No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. Haga *click aquí* para buscar las LCD actuales**



## 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 [ ]				
<b>Escriba de manera legible</b>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</b>	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Proveedor/nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Redeterminaciones

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

### Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

### Inscripción de proveedores

### Cambios de dirección postal

First Coast Service Options Inc.  
Provider Enrollment  
Post Office Box 44021  
Jacksonville, FL 32231-4021

### Intercambio electrónico de datos (EDI\*)

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

### Lista de vacunados contra la influenza

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

### Determinaciones locales de cobertura

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

### Cobro de deudas

Pagos en exceso, preguntas de Medicare como pagador secundario, administración de dinero en efectivo  
First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45040  
Jacksonville, FL 32232-5040

### Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

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

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

#### Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

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

### BENEFICIARIOS

#### Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

[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), prostéticos u ortóticos

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

## Reclamaciones electrónicas (EMC)

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

## Desarrollo adicional

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

**Pasados 40 días de solicitud inicial:  
Envíe los cargos en cuestión,  
incluyendo información solicitada,  
como si fuera una nueva reclamación**

Reclamaciones Medicare Parte B  
P. O. Box 2525  
Jacksonville, FL 32231-0019

## Misceláneo

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

### Cambio de dirección del proveedor

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

### Educación al proveedor

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

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

### Registro para eventos educativos

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

### Limitación de asuntos de cargos Errores de procesamiento

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

### Verificación de reembolso:

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

### Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

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

### Fraude y abuso

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

## Números telefónicos

### Proveedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:  
1-866-454-9007

### Sistema de respuesta automática (IVR):

1-877-847-4992

Correo electrónico: [AskFloridaB@fcso.com](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 prostéticas

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios 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/supplier

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

#### Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

### Redeterminaciones

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

### Redeterminaciones de sobrepago

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

### Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

### Investigaciones del congreso

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

### Educación al proveedor

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

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

#### Registro para eventos educativos:

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

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

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

### Fraude y abuso

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

### Determinaciones de cobertura local

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

### Revisión médica postpago

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

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

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

## Sitios Web de Medicare

### Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First

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

### Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

## Números telefónicos

**Servicio al cliente proveedores**  
1-866-454-9007

**Sistema de respuesta automática (IVR)**

1-877-847-4992

#### Correo electrónico:

[AskFloridaB@fcso.com](mailto:AskFloridaB@fcso.com)

**FAX:** 1-904-361-0696

### Servicio al cliente beneficiarios

1-800-MEDICARE  
Impedimentos auditivos:

1-800-754-7820

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

### Registro de eventos educacionales

1-904-791-8103

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

**Opción 1** - soporte a la transacción

**Opción 2** - soporte PC-ACE

**Opción 4** - soporte de inscripción

**Opción 5** - prueba 5010

**Opción 6** - línea de respuesta automática

### DME, reclamaciones ortóticas o 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**