

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Septiembre 2014

En esta edición

CMS publica modificadores específicos	7
Detección del virus de la hepatitis C (HCV).....	9
Diferencias entre un NPI y un PTAN.....	12
Actualización para servicios preventivos	17
Cambios en el 'pricer' del IRF para 2015	20
Nuevo código de especialidad médica	32



Recursos de influenza 2014-2015 para profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: SE1431
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

Este artículo de edición especial es un recordatorio de que la Parte B de Medicare reembolsa a los proveedores del cuidado de salud por las vacunas contra la gripe y su administración. Medicare ofrece cobertura de la vacuna contra la gripe sin que el costo salga del bolsillo del paciente de Medicare. No se aplica deducible o copago/coaseguro.

Los proveedores del cuidado de la salud deben aprovechar todas las oportunidades para ayudar a

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

los pacientes a reducir su riesgo de contraer la gripe estacional y las complicaciones graves. Esto se puede hacer mediante el uso de cada visita como una oportunidad para recomendar la ventaja de cobertura de Medicare de la vacuna anual contra la gripe. Este artículo provee acceso a numerosos recursos que pueden ser compartidos o utilizados para ayudar a entender las pautas de Medicare para las vacunas contra la gripe estacional y su administración.

Como recordatorio, no olvide su inmunización y la de su personal.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1431.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1431



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Ambulancia

Factor de inflación de ambulancia de 2015..... 3

Cobertura

Actualizaciones editoriales al 'NCD Manual' ... 3

CMS va a implementar una demostración de globulina inmune..... 4

Facturación

Nueva corrección del manual para fotoféresis extracorpórea..... 4

Programas de rehabilitación cardíaca..... 5

Dispositivos de asistencia ventricular..... 6

Modificaciones a las ediciones por servicios médicamente improbables..... 6

CMS publica modificadores específicos..... 7

Actualización de las asignaciones de pago de la vacuna de influenza 2014-2015..... 7

Actualización anual de los códigos HCPCS.... 8

Actualización anual de la tarifa de suministro del factor de coagulación del 2015..... 8

Detección del virus de la hepatitis C (HCV).... 9

ICD-10

CMS anuncia pruebas de reconocimiento..... 10

Información general

Actualización de octubre de 2014 de códigos de taxonomía del proveedor..... 11

Actualización de las combinaciones definidas de código CAQH CORE..... 11

Inscripción del proveedor

Diferencias entre un NPI y un PTAN..... 12

Verificaciones de antecedentes por huellas digitales..... 12

Intercambio electrónico de datos

Actualización de los códigos de la categoría del estado de la reclamación..... 13

Laboratorio

Ajuste a las tarifas de la toma de muestras... 13

Servicios de rehabilitación

Modificación de la edición del reporte funcional de terapia..... 14

Tarifas fijas

Actualización de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare de 2014..... 14

Recursos educativos

Calendario de eventos..... 15

MLN Connects™ Provider e-News..... 16

Parte A

Centros de enfermería especializada

Cambios de política y pago para los SNF..... 17

Facturación

Actualización para servicios preventivos..... 17

Instrucciones de codificación para la reapertura de reclamaciones..... 18

Automatización de la solicitud para reapertura de reclamaciones..... 18

Hospital

Facturación del pago para servicios de las CRNA prestados en el hospital rural..... 19

Problemas de procesamiento

Ajustes masivos a reclamaciones de las IPF con cantidades duplicadas..... 19

Ajuste de algunas reclamaciones de salud en el hogar..... 19

Servicios de rehabilitación

Cambios en el 'pricer' del IRF para 2015... 20

Sistema de pago prostectivo

CMS implementa cambios en el 2015 en el PPS de hospitalización y el LTCH..... 20

Tarifas PPS de los IPF para el 2015..... 21

Gráficos

Preguntas más frecuentes..... 22

Rechazos más frecuentes..... 23

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

Determinaciones locales de cobertura de Parte A

LCD nuevas

CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1..... 26

Revisiones a las LCD existentes

Colorectal cancer screening..... 27

Low density lipoprotein (LDL) apheresis.... 27

Docetaxel (Taxotere®)..... 27

Noncovered services..... 28

Contactos de Parte A de Puerto Rico..... 29

Contactos de Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos..... 30

Parte B

Información general

Corregir sus reclamaciones en el SPOT.... 31

Actualización de enero de 2015 a las ediciones de la NCCI..... 31

CERT: Certificaciones de SNF..... 32

Inscripción del proveedor

Nuevo código de especialidad médica..... 32

Presentación del NPI en reclamaciones.... 33

Gráficos

Preguntas más frecuentes..... 34

Denegaciones más frecuentes..... 35

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor..... 36

Determinaciones locales de cobertura de Parte B

LCD nuevas

CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1..... 38

Revisiones a las LCD existentes

Docetaxel (Taxotere®)..... 38

Colorectal cancer screening..... 39

Low density lipoprotein (LDL) apheresis.... 39

Omalizumab (Xolair®)..... 39

Noncovered services..... 40

Ordenar materiales de Parte B..... 41

Contactos de Parte B de Puerto Rico..... 42

Contactos de Parte B de Florida..... 43

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos..... 44

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 9
Septiembre de 2014

Publications staff

Kathleen Cruz
Sofia 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© 2014 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.

Ambulancia

Factor de inflación de ambulancia de 2015 y ajuste de la productividad

Número de *MLN Matters*: MM8895
Número de petición de cambio relacionado: 8895
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3057CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron el factor de inflación de ambulancia (AIF) de 2015 para determinar el límite de pago por los servicios de ambulancia para los beneficiarios de Medicare.

La productividad multifactorial (MFP) para el 2015 es de 0.70 por ciento y el índice de precios al consumidor para el 2015 es de 2.10 por ciento. De acuerdo con el Affordable Care Act, el índice de precios al consumidor se redujo por el MFP. Por lo tanto, el AIF para el 2015 es del 1.40 por ciento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8895.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8895, 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>.



[gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3057CP.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3057CP.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3057, CR 8895

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

Cobertura

Actualizaciones editoriales y técnicas al 'NCD Manual'

Número de *MLN Matters*: MM8506 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8506
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de septiembre de 2014
Fecha de efectividad: Al momento de la implementación de ICD-10
Número de transmisión de CR relacionado: R173NCD
Fecha de implementación: Al momento de la implementación de ICD-10

La petición de cambio (CR) 8506 avisa a los proveedores sobre los cambios realizados solamente en el texto del "Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual." Estos cambios no alteran las políticas de las NCD existentes. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron este artículo el 8 de septiembre de 2014, para cambiar la fecha de publicación, fechas de efectividad y de implementación, número de transmisión y la dirección de Web para poder acceder a la petición de cambio. El resto de la información no ha sido modificada.

Resumen

Estos cambios son parte de una iniciativa para actualizar

los manuales y alinearlos con instrucciones recientemente publicadas sobre el asunto indicado anteriormente. Se realizaron cambios solamente en el texto del "Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual", Pub 100-03 para cumplir con lo siguiente:

- Conversión de ICD-9 a ICD-10
- Conversión de ASC X12 versión 4010 a versión 5010
- Conversión de tipos de contratistas anteriores a los MAC
- Otras actualizaciones misceláneas editoriales y de formato para una mayor claridad, exactitud y consistencia

Nota: Las modificaciones hechas al *NCD Manual* son solamente editoriales/técnicas y no alteran de ninguna manera las políticas existentes de NCD.

Información adicional

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

Ver **ACTUALIZACIONES**, en la próxima página

ACTUALIZACIONES

De la página anterior

[MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8506.pdf](http://www.cms.gov/MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8506.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8506, 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/R173NCD.pdf](http://www.cms.gov/Downloads/R173NCD.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 173, CR 8506

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 va a implementar una demostración de globulina inmune por vía intravenosa

Número de *MLN Matters*: SE1424 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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron esta edición especial del artículo de *MLN Matters*® del 28 de agosto de 2014, para modificar las instrucciones con respecto a la fecha de servicio en la línea de reclamación Q2052. En adición, algunas preguntas y respuestas relacionadas a la elegibilidad del suplidor fueron añadidas al artículo. Con SE 1424, CMS anunció una demostración de tres años para evaluar los beneficios de cubrir 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.

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 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

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

Nueva corrección del manual para fotoféresis extracorpórea

Número de *MLN Matters*: MM8808
 Número de petición de cambio relacionado: 8808
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: 23 de septiembre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3050CP
 Fecha de implementación: 23 de septiembre de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8808 revisa el "Medicare Claims Processing Manual" para asegurar que todos

los proveedores y suplidores tienen un conocimiento coherente sobre los requerimientos de cobertura para fotoféresis extracorpórea (extracorporeal photopheresis), efectivo para las fechas de servicio a partir del 30 de abril de 2012. La fotoféresis extracorpórea está cubierta para el tratamiento del síndrome de bronquiolitis obliterante (BOS) luego de un trasplante de aoinjerto pulmonar sólo cuando es provisto bajo un estudio de investigación clínica que cumple con requerimientos específicos.

Ver **NUEVA**, en la próxima página

NUEVA

De la página anterior

Este artículo detalla los cambios específicos del manual, los cuales incluyen la adición de los códigos de diagnóstico de ICD-9 e ICD-10 y cambios de mensajería. Este cambio es sólo para clarificación; no hay ediciones asociadas con esta CR.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8808.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

8808, 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/R3050CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3050, CR 8808

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.

Programas de rehabilitación cardíaca para la falla cardíaca crónica



Número de *MLN Matters*: MM8758 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8758
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 18 de febrero de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R171NCD, R3058CP, R539PI y R193BP
Fecha de implementación: 18 de agosto de 2014

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron este artículo el 4 de septiembre de 2014, para actualizar los números de transmisión, la fecha de publicación y las direcciones de Web para poder acceder

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.

a las transmisiones. El resto de la información permanece igual. La petición de cambio 8758 expande la cobertura para incluir insuficiencia cardíaca crónica estable a la lista de condiciones cardíacas que permite servicios de rehabilitación cardíaca.

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/R3058CP.pdf>, <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R539PI.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R193BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 171, CR 8758; CMS Pub. 100-04, Transmittal 3058, CR 8758; CMS Pub. 100-08, Transmittal 539, CR 8758; CMS Pub. 100-02, Transmittal 193, CR 8758

Dispositivos de asistencia ventricular para el puente hacia un trasplante y la terapia de destino

Número de *MLN Matters*: MM8803
 Número de petición de cambio relacionado: 8803
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: 30 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R172NCD y R3054CP
 Fecha de implementación: 30 de septiembre de 2014

Resumen

Los dispositivos de asistencia ventricular (VAD) están cubiertos por Medicare para las siguientes tres indicaciones generales:

- Poscardiotomía
- Puente hacia un trasplante (BTT)
- Terapia de destino (DT)

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 30 de octubre de 2013, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están modificando los criterios para la cobertura de los VAD como BTT y están modificando los criterios del centro para la cobertura de los VAD como DT.

Modificaciones a las ediciones por servicios médicamente improbables

Número de *MLN Matters*: MM8853
 Número de petición de cambio relacionado: 8853
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1421OTN
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los contratistas de Medicare utilizan las ediciones del sistema de reclamación para buscar reclamaciones por servicios que podrían no estar cumpliendo con las políticas de Medicare sobre la necesidad médica.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron el programa de modificaciones por servicios médicamente improbables (MUE) en el 2007 para reducir la tasa de error de las reclamaciones pagadas de Medicare Parte B.

Una MUE (modificación por servicios médicamente improbables) es una edición de una unidad de servicio (UOS) para los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y *Current Procedural Terminology*® (CPT) para los servicios prestados por un proveedor o suplidor a un sólo beneficiario de Medicare en

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8803.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8803, 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/R172NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3054CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 172, CR 8803; CMS Pub. 100-04, Transmittal 3054, CR 8803

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

la misma fecha de servicio. En el 2013, CMS añadió los indicadores de adjudicación (MAI) a la tabla de edición de MUE para cada código HCPCS. CMS implementará las modificaciones al sistema de MUE, efectivo desde el 1 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/MM8853.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8853, 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/R1421OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1421, CR 8853

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 más modificadores específicos para clarificar los servicios de procedimientos distintos

Número de *MLN Matters*: MM8863
Número de petición de cambio relacionado: 8863
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R1422OTN
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están estableciendo cuatro nuevos modificadores de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para definir los subconjuntos del modificador -59, el cual es utilizado para definir un servicio de procedimiento distinto provisto a los beneficiarios de Medicare.

De acuerdo con CMS, el modificador -59 es el modificador de HCPCS más ampliamente utilizado. El modificador -59 puede ser ampliamente aplicado y se asocia con el abuso considerable y los altos niveles de actividad de auditoría manual.

La iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) de Medicare tiene ediciones de procedimiento a procedimiento (PTP) para prevenir pagos en exceso a médicos y centros ambulatorios a través de la separación

de los servicios. La introducción de los subconjuntos de modificadores está diseñada para reducir el uso inadecuado del modificador -59 y para ayudar a mejorar el procesamiento de las reclamaciones para los proveedores.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8863.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8863, 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/R1422OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1422, CR 8863

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 de las asignaciones de pago de la vacuna de la influenza para la temporada de 2014-2015

Número de *MLN Matters*: MM8890 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8890
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de septiembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R3059CP
Fecha de implementación: No más tarde del 24 de noviembre de 2014

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron este artículo el 3 de septiembre de 2014, para corregir la fecha de implementación. En este artículo la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la CR también cambiaron. El resto de información sigue siendo la misma.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron una lista de los códigos de procedimiento y las fechas de vigencia para los que se encuentran disponibles las asignaciones de pago para las vacunas del virus de la influenza estacional.

Los límites de pago de la Parte B de Medicare para la influenza y las vacunas neumocócicas son el 95 por ciento del precio medio de venta al por mayor (AWP) tal como se

refleja en el compendio publicado.

El artículo incluye la lista completa de los códigos de procedimientos y fechas de efectividad.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8890.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8890, 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/R3059CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3059, CR 8890

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 anual de los códigos HCPCS utilizados para la ejecución de la facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM8893
 Número de petición de cambio relacionado: 8893
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3035CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la actualización anual de la facturación consolidada de salud en el hogar (HH). Los nuevos códigos de facturación consolidada entrarán en vigencia el 1 de enero de 2015.

La actualización de enero de 2015 agrega el código A4459 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Manual Pump Enema System, Includes

Balloon, Catheter and All Accessories, Reusable, Any Type [sistema de bomba manual de enema, incluye balón, catéter y todos los accesorios, reutilizable, cualquier tipo) a la lista no rutinaria de códigos de suministros para la facturación consolidada de HH.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8893.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8893, 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/R3035CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3035, CR 8893

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 anual de la tarifa de suministro del factor de coagulación del 2015

Número de *MLN Matters*: MM8891
 Número de petición de cambio relacionado: 8891
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3055CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la tarifa del 2015 para el suministro de los servicios relacionados a la administración de factores de coagulación a los beneficiarios de Medicare.

Para el 2015, la tarifa del factor de coagulación de \$0.197 por unidad está incluida en el límite de pago publicado. CMS incluye la tarifa de suministro del factor de coagulación en los límites de pago nacionales publicados para los códigos de facturación del factor de coagulación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8891.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8891, 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/R3055CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3055, CR 8891

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.

Detección del virus de la hepatitis C (HCV) en adultos

Número de *MLN Matters*: MM8871
Número de petición de cambio relacionado: 8871
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de septiembre de 2014
Fecha de efectividad: 2 de junio de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R3063CP y R174NCD
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente la cobertura de Medicare para la detección del virus de la hepatitis C (HCV), de acuerdo con las recomendaciones del United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

A partir del 2 de junio de 2014, CMS cubre la detección de HCV con las pruebas de laboratorio apropiadas, aprobadas/clarificadas por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos. Las pruebas están cubiertas cuando son ordenadas por el médico o profesional de la salud del beneficiario en el contexto de un ambiente de atención primaria. Además, las pruebas deben ser realizadas por un proveedor de Medicare elegible para los beneficiarios que están en alto riesgo de infección de HCV y las personas que tienen antecedentes de haber recibido una transfusión de sangre antes de 1992.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8871.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)



8871, 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/R3063CP.pdf>; <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R174NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3063, CR 8871; CMS Pub. 100-03, Transmittal 174, CR 8871

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



ICD-10

CMS anuncia pruebas de reconocimiento de ICD-10 con los proveedores

Número de *MLN Matters*: MM8858
 Número de petición de cambio relacionado: 8858
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: 30 días a partir de la emisión (ver fechas de las pruebas)
 Número de transmisión de CR relacionado: R1423OTN
 Fecha de implementación: 17-21 de noviembre de 2014 (semana de prueba de noviembre), 2-6 de marzo de 2015 (semana de prueba de marzo), 1-5 de junio de 2015 (semana de prueba de junio)

- Del 17 – 21 de noviembre de 2014
- Del 2 – 6 de marzo de 2015
- Del 1 – 5 de junio 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/MM8858.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8858, 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/R1423OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1423, CR 8858

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente las fechas de las tres semanas de pruebas antes de la transición del 1 de octubre de 2015, a la clasificación internacional de enfermedades, 10a edición, modificación clínica (ICD-10).

Los tres periodos de prueba de ICD-10 fueron creados para generar conciencia e interés dentro de la comunidad de proveedores para preparar la implementación de ICD-10. Las pruebas de reconocimiento de ICD-10 con los socios comerciales se llevarán a cabo:

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.



Calcule las posibilidades ...

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

Información general

Actualización de octubre de 2014 de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8866
Número de petición de cambio relacionado: 8866
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R3037CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015 – si tienen la capacidad, los MAC pueden implementar esto efectivo el 1 de octubre de 2014.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las instrucciones para que los contratistas administrativos de Medicare implementen el conjunto de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC) del National Uniform Claim Committee (NUCC) (comité nacional de reclamaciones uniformes), efectivo el 1 de octubre 2014. Los MAC obtendrán el conjunto de HPTC más reciente y lo utilizarán para actualizar sus tablas HPTC internas y los archivos de

referencia.

Medicare no utiliza los HPTC para adjudicar sus reclamaciones y no espera ver estos códigos en una reclamación de Medicare. Sin embargo, en la actualidad, Medicare usa el código establecido para validar cualquier HPTC cuando ocurre que un proveedor lo proporciona frente al conjunto de códigos HPTC del NUCC.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8866.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8866, 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/R3037CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3037, CR 8866

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 de las combinaciones definidas de código CAQH CORE

Número de *MLN Matters*: MM8838
Número de petición de cambio relacionado: 8838
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3038CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Esta CR trata la actualización regular del Council for Affordable Quality Healthcare (CAQH) Committee sobre las combinaciones definidas de código de Operating Rules for Information Exchange (CORE) según la norma del Operating Rule 360-Uniform Use de los códigos de denegación de ajuste de reclamación y los códigos de comentario de remesa de pago (835).

El CAQH CORE publicará la próxima versión de la lista de combinación de código en o alrededor del 1 de octubre de 2014 y la actualización se basará en las actualizaciones de CARC y RARC publicadas en el sitio Web de

Washington Publishing Company (WPC).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8838.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8838, 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/R3038CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3038, CR 8838

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.

Inscripción del proveedor

Detecte las diferencias entre un NPI y un PTAN

Número de *MLN Matters*: SE1216 *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 incluye información acerca de los nuevos afiliados, revalidación, la relación entre el identificador nacional del proveedor (NPI) y el número de acceso del proveedor para transacciones (PTAN) y cómo los proveedores pueden proteger su identidad en el sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron el artículo el 5 de septiembre de 2014 para agregar la sección “Where Can I Find My PTAN?” (¿Dónde puedo encontrar mi PTAN?).

Resumen

Este artículo está diseñado para proporcionar educación sobre las diferencias entre un identificador nacional del proveedor (NPI) y un número de acceso del proveedor para transacciones (PTAN). Este incluye información acerca de los nuevos afiliados, revalidación, la relación entre el NPI y el PTAN y cómo los proveedores pueden proteger su identidad en el sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS). El artículo fue revisado para eliminar una frase del último párrafo de la página 2. El resto de la información sigue siendo la misma.

Los proveedores y suplidores que han recibido peticiones para revalidar su información de inscripción han pedido a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

que clarifiquen las diferencias entre el identificador nacional del proveedor (NPI) y el número de acceso del proveedor para transacciones (PTAN).

Todos los proveedores y suplidores que proveen servicios y facturan a Medicare por servicios provistos a los beneficiarios de Medicare deben tener un NPI. Tras realizar la solicitud con el contratista de Medicare, también se emitirá un PTAN al proveedor o suplidor. Mientras el NPI solamente puede ser presentado en las reclamaciones, el PTAN es un número crítico directamente conectado al NPI del proveedor o suplidor.

Si el proveedor tiene relaciones con uno o más grupos médicos o prácticas o múltiples contratistas de Medicare, generalmente se asignan los PTAN separados. El NPI y PTAN juntos identifican al proveedor o suplidor en el programa de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1216.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1216

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.

Verificaciones de antecedentes por huellas digitales

Número de *MLN Matters*: SE1427
 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

A partir del 6 de agosto, una verificación de antecedentes por huellas digitales será requerida para todas las solicitudes iniciales de inscripción e individuos actualmente inscritos en Medicare que cumplen con los siguientes criterios:

- Tienen un cinco por ciento o más de participación en un proveedor o suplidor, y
- Entra en la categoría de “alto riesgo”

El contratista administrativo de Medicare (MAC) enviará una carta a los proveedores o suplidores aplicables. Los

individuos tendrán 30 días desde la fecha de la carta para tomar sus huellas digitales. Los MAC retendrán la solicitud de inscripción inicial hasta que la verificación de antecedentes por huellas digitales haya sido completada y los resultados sean recibidos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1427.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1427

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

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

Número de *MLN Matters*: MM8735
Número de petición de cambio relacionado: 8735
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3043CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

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

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

Todos los cambios de código aprobados durante la reunión del comité en septiembre/octubre de 2014 serán

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8735.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8735, 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/R3043CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3043, CR 8735

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

Ajuste a las tarifas de la toma de muestras calificadas de sangre u orina

Número de *MLN Matters*: MM8837
Número de petición de cambio relacionado: 8837
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R3056CP
Fecha de implementación: 1 de diciembre de 2014

Resumen

Un nuevo código (G0471) es asignado cuando una muestra de sangre u orina es recolectada de un individuo en un centro de enfermería especializada o de un individuo por un laboratorio en representación de una agencia de salud en el hogar. La tarifa para esta recolecta ha aumentado por \$2.00. Esta petición de cambio (CR)

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.

proporciona instrucciones para ajustar el pago de estas colecciones de muestras.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8837.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8837, 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/R3056CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3056, CR 8837

Servicios de rehabilitación

Modificación de la edición del reporte funcional de terapia para el estatus del alta

Los requerimientos de reporte de terapia funcional ambulatoria están diseñados para recopilar los datos reportados por los proveedores de terapia y los profesionales de la salud que prestan los servicios de terapia ambulatoria.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) harán una modificación del sistema en respuesta a muchas de las consultas relacionadas al reporte de terapia funcional (THFR). Esta modificación fue efectiva el 15 de septiembre de 2014. Como resultado de la modificación, CMS cree que esto reducirá significativamente la cantidad

de rechazos de reclamación de THFR.

Nota: Esto no impacta la edición para el apareamiento del código G. Usted todavía tendrá que reportar los códigos G del estatus del alta.

Como resultado de este cambio, los proveedores que creen que sus reclamaciones anteriores fueron devueltas erróneamente o rechazadas debido a una fecha de alta faltante deben volver a presentar esas reclamaciones para volverlas a procesar en/después del 15 de septiembre de 2014.

Tarifas fijas

Actualización de octubre para la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8888 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8888
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de septiembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3064CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

La petición de cambio (CR) 8888 enmienda los archivos de pago en base a la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014; el artículo de MLN Matters® provee un resumen de cambios en los códigos. Los cambios incluyen cambios del estatus de código y de los descriptores.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8888 enmienda los archivos de pago en base a la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014. El artículo de *MLN Matters*® provee un resumen de cambios en los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la actualización de octubre de 2014. Esta actualización incluye el cambio del estatus del código de procedimiento para los códigos 55970 y 55980, los cuales cambiaron de estatus N (servicio no cubierto por Medicare) a C (precio por el contratista de la Parte B de Medicare); los indicadores de cirugía global también cambiaron.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado como el aviso de 30 días de un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014 programado para el 1 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/MM8888.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8888, 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/R3064CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3064, CR 8888

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Octubre de 2014

Cómo registrarse para el SPOT (Secure Provider Online Tool)

Cuando: 14 de octubre de 2014
Hora: 1:00-2:00 PM ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
Tipo: Webcast **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU
<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/273111.asp>

Medicare te informa 2014: manténgase informado sobre los cambios y las actualizaciones

Cuando: 22 de octubre de 2014
Hora: 9:00 AM - 12:30 PM ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Islas Vírgenes de EE.UU
<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/273776.asp>

Medicare te informa 2014: manténgase informado sobre los cambios y las actualizaciones

Cuando: 23 de octubre de 2014
Hora: 12:00 - 4:00 PM ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Islas Vírgenes de EE.UU
<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/273787.asp>

Noviembre de 2014

Medicare te informa 2014 Panama City

Cuando: 5-6 de noviembre de 2014
Hora: 8:00 AM - 4:30 PM ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
Tipo: Cara a cara **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU
http://medicareespanol.fcso.com/Medicare_Speaks/272587.asp

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

Ciudad, estado, código postal: _____

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, 28 de agosto de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-08-28-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 4 de septiembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-09-04-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 11 de septiembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-09-11-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 18 de septiembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-09-18-eNews.html>

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

Cambios de política y pago para los centros de enfermería especializada de Medicare 2015

El 31 de julio de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una regla final que describe las tarifas de pago de Medicare del año fiscal (FY) 2015 para los centros de enfermería especializada (SNF). Las tarifas de pago de SNF del FY 2015 y otros problemas discutidos en la regla final se resumen en <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2014-Fact-sheets-items/2014-07-31-4.html>.

El índice de salarios para cada proveedor consistirá de una combinación de un 50 por ciento del índice

de salarios del FY 2015 utilizando las delimitaciones actuales de la oficina de gerencia y presupuesto (OMB) y un 50 por ciento del índice de salarios del FY 2015 utilizando las delimitaciones revisadas de la OMB. CMS está implementando estos cambios proporcionando una transición de un año con un índice de salarios combinado para todos los proveedores. Como resultado, a varios condados se les ha asignado nuevos *números del área estadística principal (CBSA)*.

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

Facturación

Actualización para los servicios preventivos prestados en los centros de salud



En respuesta a varias consultas recientes, los Centros de

Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que la evaluación pélvica y el examen clínico del seno, código G0101 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), es una visita facturable cuando es realizado por un profesional de la salud de una clínica de salud rural (RHC) o un centro de salud federalmente calificado (FQHC) a un paciente de RHC o FQHC.

Para evitar cualquier retraso en el pago hasta que el sistema sea actualizado, los proveedores deben seguir las instrucciones en la tabla de servicios preventivos en las páginas de los centros de *RHC* o *FQHC*. Presente los ajustes para cualquier reclamación con G0101, rechazada a partir del 1 de enero de 2014, a su contratista administrativo de Medicare, utilizando esta guía de facturación.

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*.

Instrucciones de codificación para la reapertura de reclamaciones de forma electrónica

Número de *MLN Matters*: SE1426 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 8581
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: Reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3060CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron este artículo, el 3 de septiembre de 2014, para corregir la fecha de efectividad a “reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2015,” y para extender la implementación a través de cuatro comunicados trimestrales. En este artículo la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la CR también cambiaron. El resto de la información permanece igual.

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

Automatización de la solicitud para el proceso de reapertura de reclamaciones

Número de *MLN Matters*: MM8581 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8581
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de septiembre de 2014
 Fecha de efectividad: reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3060CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron este artículo el 3 de septiembre de 2014, para corregir la fecha de vigencia de las “reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2015” y para difundir la implementación a través de cuatro comunicados trimestrales. En este artículo la fecha de publicación de la CR, el número transmisión y el enlace a la CR también cambiaron. El resto de la información sigue siendo la misma.

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

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.

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/R3060CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3060, 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.

Hospital

Facturación del pago basado en costo para los servicios de las enfermeras graduadas certificadas en anestesiología prestados en el hospital rural

Número de *MLN Matters*: MM8897
Número de petición de cambio relacionado: 8897
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de septiembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2003
Número de transmisión de CR relacionado: R3065CP
Fecha de implementación: 15 de diciembre de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente los manuales de las políticas de Medicare para reflejar los cambios de política que permiten a los pequeños hospitales rurales, que están sujetos al sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS) y que califican para los servicios basados en costos de los servicios de las enfermeras graduadas certificadas en anestesiología (CRNA), facturar y ser pagados de forma adecuada por aquellos servicios.

El pago por servicios prestados por las CRNA en pequeños hospitales rurales, y sujeto al OPPS, se hace a través de pagos provisionales quincenales que se calculan

basándose en los ajustes retroactivos de un informe de costos establecidos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8897.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8897, 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/R3065CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3065, CR 8897

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.

Problemas de procesamiento

Ajustes masivos a reclamaciones de instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados con cantidades de ajuste de enseñanza que están siendo duplicadas

Problema

Debido a un problema de software en el segundo lanzamiento del 'pricer' del FY 2014 de las instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados (IPF), las cantidades de ajuste de enseñanza en las reclamaciones IPF han sido duplicadas.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) completarán los ajustes masivos a todas las reclamaciones IPF con un ajuste de enseñanza, para las fechas de alta en el FY 2014, antes del 1 de diciembre de

2014.

Estatus/fecha de solución

Abierto. Todas las reclamaciones afectadas se ajustarán antes del 1 de diciembre 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.

Ajuste de algunas reclamaciones de salud en el hogar

Ciertas reclamaciones de salud en el hogar para episodios a partir del 1 de octubre de 2013, las cuales estaban sujetas al intercambio de pago entre los fondos fiduciarios de Parte A y Parte B, no han sido pagadas correctamente.

No se había enviado el pago al proveedor, y el pago completo estaba siendo reportado bajo el código de valor 17. El problema del sistema ha sido corregido y las reclamaciones afectadas serán ajustadas. No es necesaria ninguna acción por parte del proveedor.

Servicios de rehabilitación

Cambios en el 'pricer' del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados para el 2015

Número de *MLN Matters*: MM8788
 Número de petición de cambio relacionado: 8788
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3038CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Resumen

Un nuevo paquete de software 'pricer' del sistema de pago prospectivo del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) será lanzado antes del 1 de octubre de 2014. El nuevo 'pricer' contendrá las tarifas de pago actualizadas para las reclamaciones con fechas de alta desde el 1 de octubre de 2014, hasta el 30 de septiembre de 2015.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) aplicarán una reducción de dos puntos porcentuales al factor de incremento aplicable de la bolsa de mercado (2.2 por ciento) del FY 2015 en el cálculo del factor de conversión ajustado de pago estándar del FY 2015 para aplicar a los pagos de los IRF que no cumplieron con los requisitos de presentación de datos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8788.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8788, 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/R3039CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3039, CR 8788

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

Sistema de pago prospectivo

CMS implementa cambios en el 2015 en el PPS de hospitalización y el hospital de cuidados prolongados

Número de *MLN Matters*: MM8900
 Número de petición de cambio relacionado: 8900
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de septiembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3066CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente las actualizaciones del año fiscal (FY) 2015 para el sistema de pagos prospectivos de hospitalización y el hospital de cuidados prolongados (LTCH).

Para el FY 2015, CMS implementará el programa de reducción de las condiciones adquiridas en el hospital (HAC). Bajo el programa de reducción HAC, los hospitales que se clasifican en el cuartil del peor desempeño de las medidas seleccionadas de HAC estarán sujetos a una

reducción, que de otro modo, serían pagados bajo el IPPS.

Además, CMS está actualizando el área estadística principal (CBSA) con base en las actualizaciones del área de mercado de trabajo CBSA basados en las definiciones del área de mercado de trabajo (y los códigos asociados CBSA) que se utilizan bajo LTCH PPS para el FY 2015. Estas revisiones de las clasificaciones geográficas PPS se basan en los esquemas más recientes del área estadística metropolitana (MSA) emitidos por la OMB utilizando datos del censo de 2010.

CMS también creó los siguientes MS-DRG nuevos:

- MS-DRG 266 (Endovascular Cardiac Valve Replacement w MCC [reemplazo de la válvula cardíaca endovascular con MCC]); y
- MS-DRG 267 (Endovascular Cardiac Valve

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

CMS IMPLEMENTA

De la página anterior

Replacement w/o MCC [reemplazo de la válvula cardíaca endovascular sin MCC])

- MS-DRG 518 (Back & Neck Procedure Except Spinal Fusion w MCC or Disc Device/Neurostimulator [procedimiento de espalda y cuello exclusión fusión espinal con MCC o dispositivo de disco/neuroestimulador]);
- MS-DRG 519 (Back & Neck Procedure Except Spinal Fusion w CC [procedimiento de espalda y cuello exclusión fusión espinal con CC]); y
- MS-DRG 520 (Back & Neck Procedure Except Spinal Fusion w/o CC/MCC [procedimiento de espalda y cuello exclusión fusión espinal sin CC/MCC])

CMS también hizo otros cambios, incluyendo el sometimiento de los siguientes MS-DRG para la transferencia de la atención postaguda y las políticas especiales de pago:

- 266, 267 (Endovascular Cardiac Valve Replacement with and without MCC, respectively [reemplazo de la válvula cardíaca endovascular con o sin MCC, respectivamente]); y
- 518, 519 y 520 (Back & Neck Procedure except Spinal

Fusion with MCC or Disc Device/Neurostimulator, with CC, and without MCC/CC, respectively [procedimiento de espalda y cuello exclusión fusión espinal con MCC o dispositivo de disco/neuroestimulador, con CC y sin MCC/CC, respectivamente])

Los cambios entrarán en vigencia para las altas ocurridas a partir del 1 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/MM8900.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8900, 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/R3066CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3066, CR 8900

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.

Tarifas PPS de los centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados para el año fiscal 2015

Número de *MLN Matters*: MM8889

Número de petición de cambio relacionado: 8889

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R3034CP

Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron actualizaciones a las tarifas del sistema de pago prospectivo (PPS) de los centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados (IPF) para el año fiscal (FY) 2015.

Específicamente, CMS actualizó la tarifa base de IPF PPS para el FY 2015 mediante la aplicación de la actualización de la canasta del mercado ajustada de 2.1 por ciento y el factor de neutralidad presupuestaria del índice de salarios de 1.0002 para la tarifa base per diem federal del FY 2014 de \$713.19. Los ajustes producen una tarifa base per diem federal de \$728.31 para el FY 2015.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8889.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8889, 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/R3034CP.pdf>.

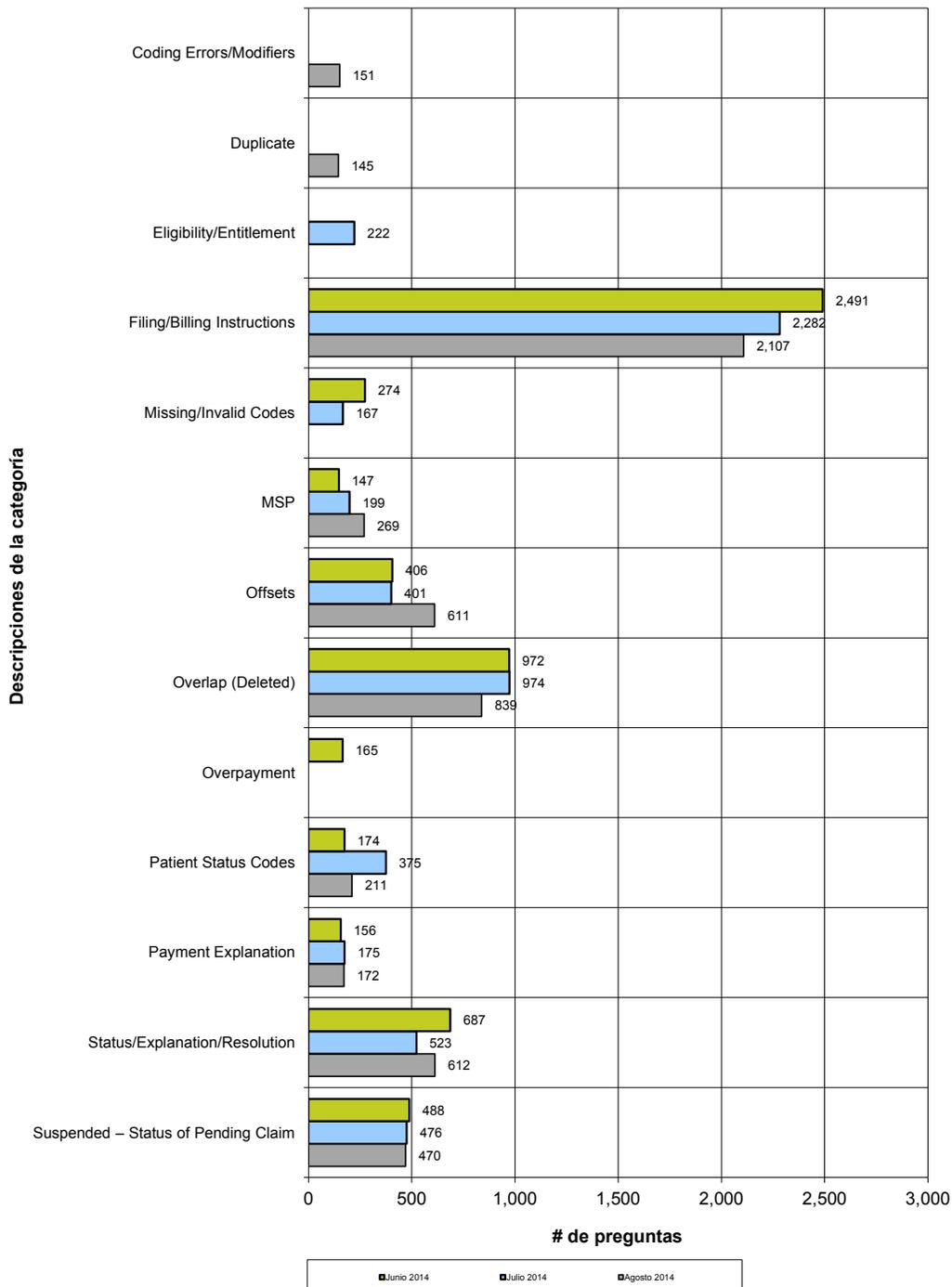
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3034, CR 8889

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.

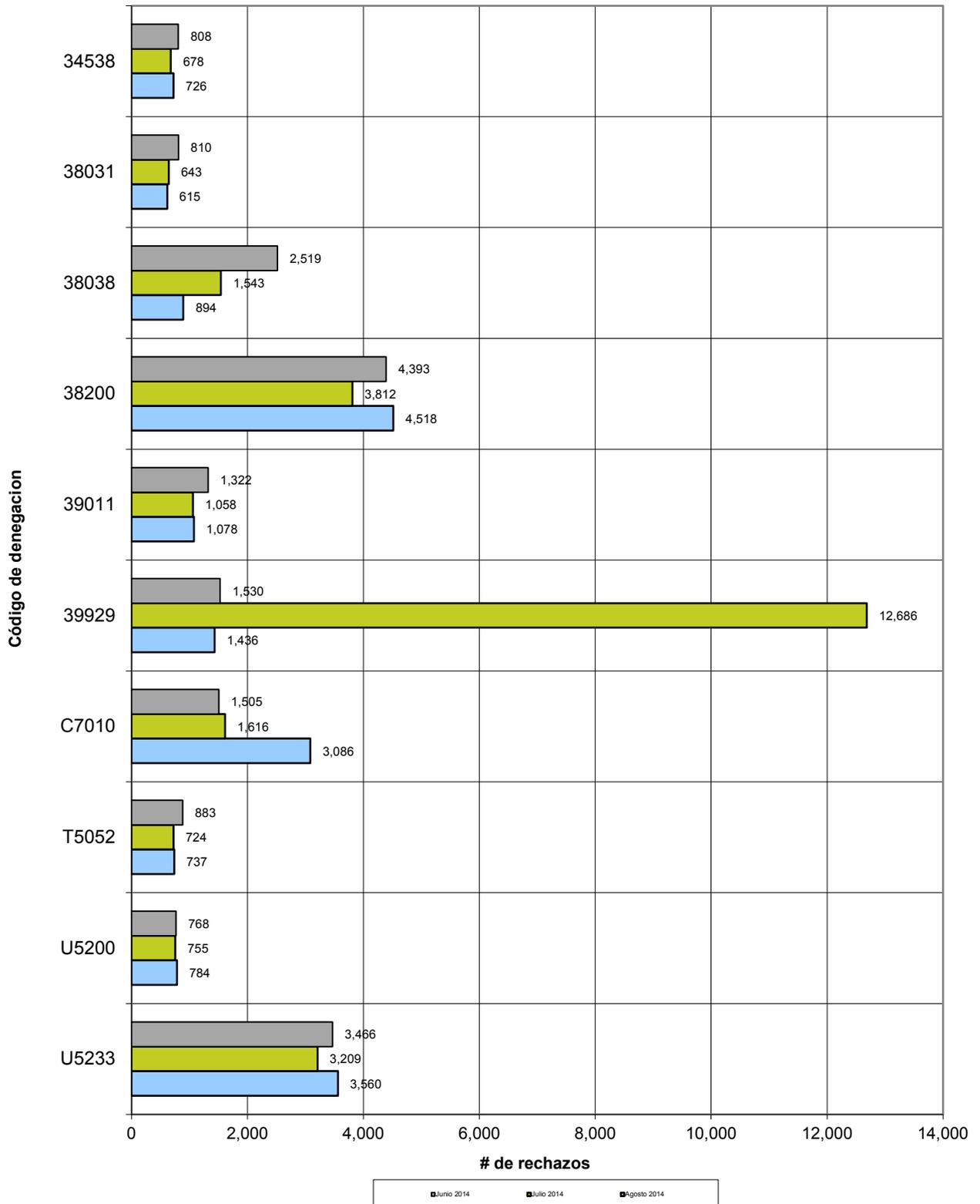
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en junio - agosto de 2014

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

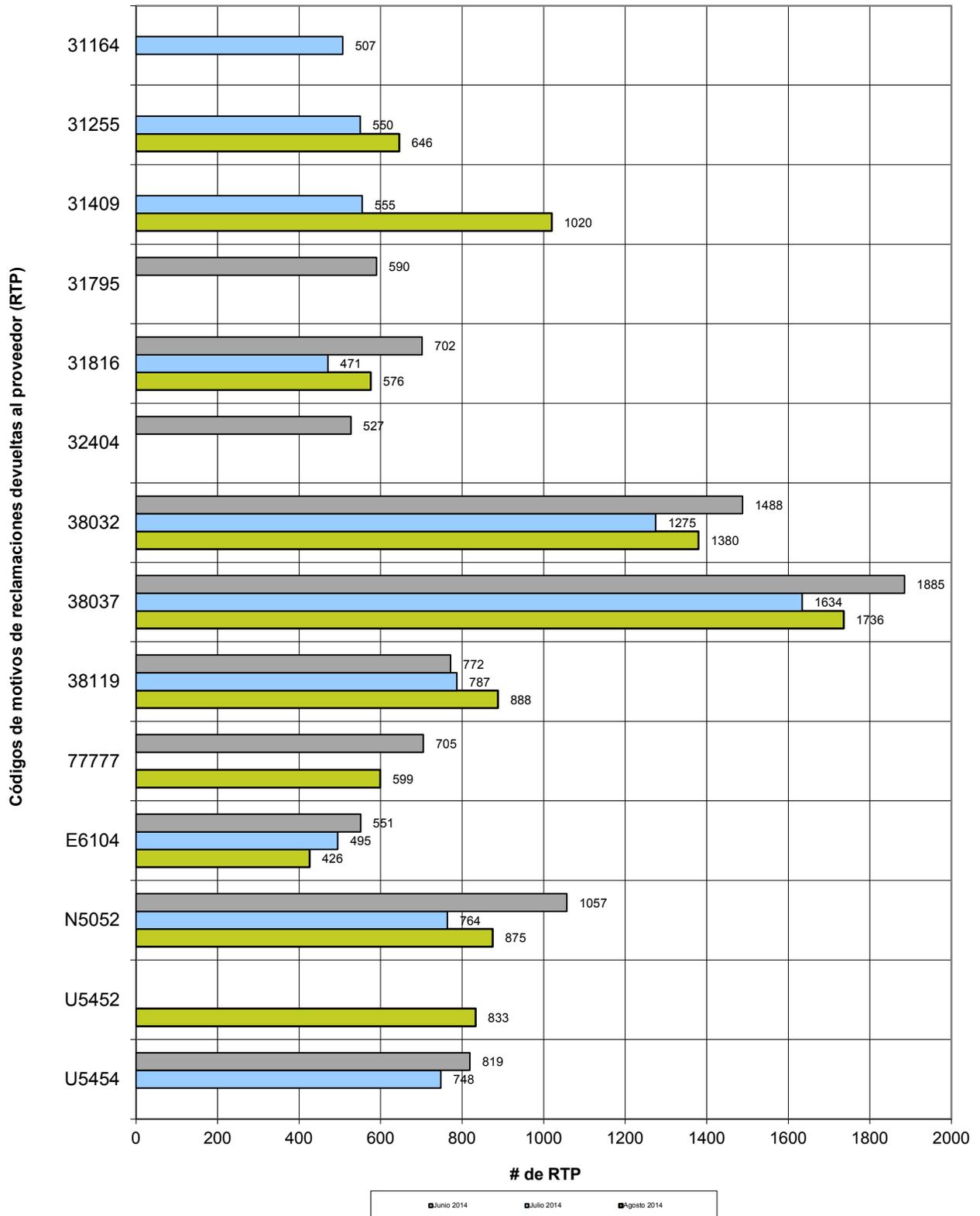
Preguntas de Parte A más frecuentes en junio-agosto de 2014



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



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en junio-agosto de 2014



Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <http://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A.

Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencia están en cada LCD y están basadas en las fechas de servicio a menos que se diga otra cosa en la LCD. Se exige a los contratistas de Medicare dar aviso con 45 días de anticipación para las LCD; la fecha en que la LCD es puesta en el sitio Web de educación es considerada como fecha de notificación.

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional <http://medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace "eNews" ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

Si usted no tiene acceso a Internet, contacte con el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

Medical Policy and Procedures – 19T
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1 nueva LCD de pruebas genéticas**Identificador de LCD: L35366 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), a través del departamento de cobertura y análisis, han facilitado una colaboración del grupo de trabajo del director médico del contratista nacional conocido como “The local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye a los directores médicos de todos los contratistas administrativos A/B de Medicare (MAC). Uno de los objetivos de todos los MAC es la colaboración con otros contratistas y el consenso de las LCD es uno de los resultados de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos de los contratistas trabajaron con los médicos especialistas relevantes en el desarrollo de ciertos consensos de los borradores de LCD. Cuando el consenso de un borrador de LCD es adoptado por un contratista, no hay ningún cambio importante para el proceso de desarrollo de LCD, lo que incluye un periodo de comentarios de 45 días, la finalización del borrador en base a los comentarios recibidos de los médicos que representan a su sociedad y/o a cualquiera de las partes interesadas en la comunidad y un plazo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local.

Esta LCD limita las pruebas genéticas CYP2C19 *Current Procedural Terminology (CPT® 81225)* y CYP2D6 (*CPT® 81226*) para definir las indicaciones. El resto de pruebas CYP2C19 y CYP2D6 no están cubiertas hasta que se establezca la utilidad clínica definitiva para justificar la cobertura. La LCD de pruebas genéticas tampoco cubre CYP2C9 (*CPT® 81227*) y VKORC1 (*CPT® 81355*) para todos los medicamentos ya que no son razonables y necesarios bajo §1862(a)(1)(A). La literatura disponible no respalda que las pruebas CYP2C9 y VKORC1, para la

capacidad de respuesta de los medicamentos, mejora los resultados de salud de los beneficiarios de Medicare.

Esta política no trata la cobertura con evidencia de desarrollo (CED) en la sección 1862(a)(1)(E). Cuando se realizan CYP2C9 y VKORC1 para una CED para la capacidad de respuesta de Warfarina (el código G9143 del Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS]) estará cubierto cuando se proporcione de acuerdo con las limitaciones de cobertura de la determinación nacional de cobertura (NCD) para la capacidad de respuesta de las pruebas farmacogenómicas para la respuesta de Warfarina. Para la cobertura de CED, por favor consulte la NCD 90.1 y el artículo de codificación relacionado con esta LCD.

Esta nueva LCD se ha desarrollado para diseñar las indicaciones y limitaciones de la cobertura y/o la necesidad médica, los códigos *CPT®* y los códigos de diagnóstico ICD-9-CM para CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1.

Fecha efectiva

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 3 de noviembre 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](#).

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



Revisiones a las LCD existentes

Colorectal Cancer Screening – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28803 (Florida)**Identificador de LCD: L28805 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para un examen del cáncer colorrectal ha sido revisada para añadir los códigos de diagnósticos V76.41 (Special screening for malignant neoplasms, rectum [examen especial para las neoplasias malignas, recto]) y V76.51 (Special screening for malignant neoplasms, colon [examen especial para las neoplasias malignas, colon]) bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos HCPCS G0105 (Colorectal cancer screening; colonoscopy on individual at high risk [examen de cáncer colorrectal; colonoscopia en

un individuo en alto riesgo]) y G0120 (Colorectal cancer screening; alternative to G0105, screening colonoscopy, barium enema [examen de cáncer colorrectal; alternativo a G0105, examen de colonoscopia, enema de bario]).

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 10 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>.

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

Low density lipoprotein (LDL) apheresis – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L33000 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) entró en vigor el 4 de febrero de 2013. En ese momento, el análisis de datos del Program Safeguards Communication Group (PSCG) identificó que la utilización del código CPT® 36516 (*therapeutic apheresis; with extracorporeal selective adsorption or selective filtration and plasma reinfusion [aféresis terapéutica; con la adsorción selectiva extracorpórea o filtración selectiva y reinfusión de plasma]*) había aumentado de manera constante desde el 2008. El análisis de datos de Medicare de Parte B, obtenido en la segunda mitad del 2013, indica un aumento significativo del contratista de la Parte B de Medicare en relación a la nación en casi un 800 por ciento por encima de la media nacional. Debido al riesgo de un error en la reclamación

de un alto pago de dólar, esta LCD se ha revisado para abordar las indicaciones limitadas de este servicio y establecer parámetros de frecuencia en la sección de guías de utilización de aféresis LDL.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 3 de noviembre 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](#).

Docetaxel (Taxotere®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28825 (Florida)**Identificador de LCD: L28858 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para docetaxel (taxotere®) fue revisada para incluir la indicación fuera de la etiqueta para carcinoma endometrial. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para incluir esta indicación fuera de la etiqueta y la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para añadir el código de diagnóstico de correlación 182.0. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 24 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](#).

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

Con base en la petición de cambio (CR) 8757 (Percutaneous Image-guided Lumbar Decompression [PILD] for Lumbar Spinal Stenosis [LSS], [descompresión lumbar percutánea guiada por imágenes [PILD], para estenosis espinal lumbar [LSS]), la determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada para eliminar el código *0275T* de *Current Procedural Terminology (CPT®)* de la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes-Procedures”. Como se indicó en la CR 8757, efectivo para los servicios prestados a partir del 9 de enero de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que PILD será cubierta por Medicare cuando se proporciona en un estudio clínico bajo la sección 1862(a)(1)(E) a través de la cobertura con evidencia de desarrollo (CED) para los beneficiarios con LSS que están inscritos en un estudio clínico aprobado que cumpla con los criterios establecidos en la *determinación nacional de cobertura (NCD) 150.13* (Percutaneous-image-guided lumbar decompression for lumbar spinal stenosis [descompresión lumbar percutánea guiada por imágenes para estenosis espinal lumbar]).

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de octubre de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 9 de enero de 2014**.

Además, los siguientes códigos *CPT®*/HCPCS fueron evaluados y se determinó que no cumplen con el límite razonable y necesario para la cobertura de Medicare. Por lo tanto, *81504*, *C9739* y *C9740* han sido agregados a la sección de la LCD “CPT®/HCPCS-codes”.

Cualquier reclamación denegada tendría derechos de

apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere una revisión por un médico para confirmar cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para la revisión, toda la documentación médica relevante y la información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Cualquier parte interesada puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el plazo de notificación ha terminado y esta revisión se haga efectiva. Por favor, consulte el artículo adjunto en la parte inferior de la LCD de servicios no cubiertos, que incluye una lista de los artículos y la información relacionada que fueron abordados por el departamento de política médica para tomar la determinación de no cobertura. Si la parte interesada tiene información nueva basada en la evaluación de la lista, la reconsideración de la LCD se puede iniciar. Es responsabilidad de la parte interesada presentar los artículos adicionales, los datos y la información relacionada en apoyo a su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 3 de noviembre 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](#).

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44179
Jacksonville, FL 32231-4179

Saldo de crédito

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45011
Jacksonville, FL 32232-5011

Departamento de Auditoría y Reembolso

Reporte de costo, auditoría, apelación de reporte de costo, porcentaje tentativo, rama de PS & R
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32231-0048

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:

888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla

877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla

800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Información general

Es tiempo de corregir sus reclamaciones en el 'SPOT'

Solicitudes en línea de reaperturas administrativas ahora disponibles

La nueva aplicación en línea 'Claim Reopening' (reapertura administrativa) de el SPOT ofrece a los proveedores ocupados la oportunidad de presentar las solicitudes de reaperturas administrativas de Parte B sin visitar la oficina de correos o de utilizar el teléfono. Ahora, pueden corregir sus reclamaciones en el SPOT.

El SPOT ofrece a los usuarios registrados la ventaja de *ahorrar de tiempo*; no sólo *al ver* los datos de la reclamación en línea, también con la opción de *corregir* errores administrativos en sus reclamaciones elegibles de Parte B de forma rápida, fácil y segura – **en línea**.

Corrija las reclamaciones más rápido en el 'SPOT'

Es fácil usar la nueva aplicación 'Claim Reopening' (reapertura administrativa) de el SPOT:

Paso uno: acceda a su reclamación a través de 'Claim Status' (estado de la reclamación) o busque por el ICN en 'Claim Reopening' (reapertura administrativa). Una vez que haya encontrado su reclamación, usted no tendrá que preocuparse por determinar qué líneas de ítem son elegibles para la reapertura; el SPOT lo hará por usted **de forma automática**.

Paso dos: seleccione el **tipo de solicitud** con base en los campos que desea corregir: *fecha(s) de servicio, código de procedimiento, modificadores o código de diagnóstico*. El tipo de solicitud de reapertura seleccionada determinará qué campos son editables.

Nota: Units Billed (unidades facturadas) serán campos editables en una mejora futura para 'Claim Reopenings' (reapertura de

reclamaciones) en el SPOT.

Paso tres: edite el campo(s) aplicable. La visualización intuitiva de el SPOT le mostrará qué campos pueden ser editados; los campos editables se mostrarán en un fondo blanco.

Paso cuatro: revise sus cambios y envíe su solicitud. Una vez que haya presentado su solicitud, usted recibirá un correo electrónico de confirmación que describirá los cambios realizados. Por favor, espere de **48-72** horas antes de comprobar el 'Claim Status' (estado de la reclamación).

Próximamente: Secure Mail (correo seguro)

La adición de 'Claim Reopening' (reapertura administrativa) a la variedad de aplicaciones de el SPOT es sólo una presentación preliminar de los cambios más emocionantes programados para ser implementados entre los recursos más populares de los proveedores de First Coast en 2014.

¿*Qué sigue?* **Secure Mail** (correo seguro) ofrecerá a los usuarios la oportunidad de presentar, no sólo los formularios clave y la documentación de respaldo, de forma perfecta a través de el SPOT, sino también de acceder a su propio buzón de correo seguro.

Así que si usted no tiene su cuenta en el SPOT, no pierda el tiempo: **regístrese hoy**. Después de todo, *todos cometemos errores...* ahora usted puede **solucionarlos más rápido** en el SPOT.

Manténgase conectado con 'el SPOT'

Síganos en [Twitter @theSPOTportal](#) 

Por favor, [haga clic aquí](#) para ver el archivo de eNews de el SPOT.

Actualización de enero de 2015 a las ediciones de la iniciativa nacional de codificación correcta, versión 20.3

Número de *MLN Matters*: MM8781
Número de petición de cambio relacionado: 8781
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3044CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio 8781 provee información sobre las más recientes ediciones del paquete de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 21.0, las cuales entrarán en vigor el 1 de enero de 2015. La versión 21.0 incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es [http://www.cms.](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8781.pdf)

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8781.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8781.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8781, 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/R3044CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3044, CR 8781

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

CERT: Certificaciones y recertificaciones de SNF

Número de *MLN Matters*: SE1428
 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

Una fuente principal de pagos indebidos se deriva de la falta de obtención de las declaraciones de certificación y recertificación por parte de los médicos o las enfermeras practicantes (NPP) de los centros de enfermería especializada (SNF). Este artículo avisa a los proveedores que una de las principales razones por las que las reclamaciones están siendo denegadas es la

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

falta de obtención de las declaraciones de certificación y recertificación por parte de los médicos o las NPP.

Este artículo de edición especial provee declaraciones aceptables e instrucciones sobre cómo completar la documentación. También incluye algunos ejemplos de los hallazgos de la revisión del programa de pruebas integrales de las tasas de error (CERT) de certificaciones y recertificaciones incorrectas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1428.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1428

Inscripción del proveedor

Nuevo código de especialidad médica para la cardiología de intervención



Número de *MLN Matters*: MM8812 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 8812
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de septiembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3073CP, R238FM
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

La petición de cambio (CR) 8812, que fue emitida el 23 de septiembre fue revisada el 26 de septiembre. Los cambios incluyen la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para el acceso a la CR.

Resumen

A los profesionales de la salud inscritos en Medicare se les asigna un código de especialidad que describe los tipos específicos/únicos de la medicina que practican. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid utilizan

estos códigos para la edición en el procesamiento de la reclamación.

La petición de cambio 8812 establece el código de especialidad "C3" para la cardiología de intervención. En adición, la CR 8812 hace los siguientes cambios:

- Remueve la palabra "clinical" ("clínica") de la descripción del código de especialidad 62
- Cambia la descripción de los códigos de especialidad 88 y 95

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8812.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8812, 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/R3073CP.pdf>; <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R238FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3073, CR 8812; CMS Pub. 100-06, Transmittal 238, CR 8812

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.

Presentación del NPI en las reclamaciones de laboratorio de referencia y contra el margen de ganancia

Número de *MLN Matters*: MM8806
Número de petición de cambio relacionado: 8806
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de agosto de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3047CP
Fecha de implementación: Reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2015

Resumen

El sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS) le permite al contratista verificar todos los identificadores nacionales del proveedor (NPI), independientemente de la jurisdicción en la cual estén inscritos.

A partir del 1 de enero de 2015, los médicos y suplidores que estén facturando reclamaciones de laboratorio de referencia y contra el margen de ganancia deben reportar el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico o suplidor que en realidad prestó el servicio. Este nuevo requerimiento aplica a todas las reclamaciones, incluyendo las reclamaciones por servicios en las que el proveedor que presta los servicios está fuera de la

jurisdicción del contratista de procesamiento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8806.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8806, 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/R3047CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3047, CR 8806

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

Descubra su pasaporte al adiestramiento de Medicare

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

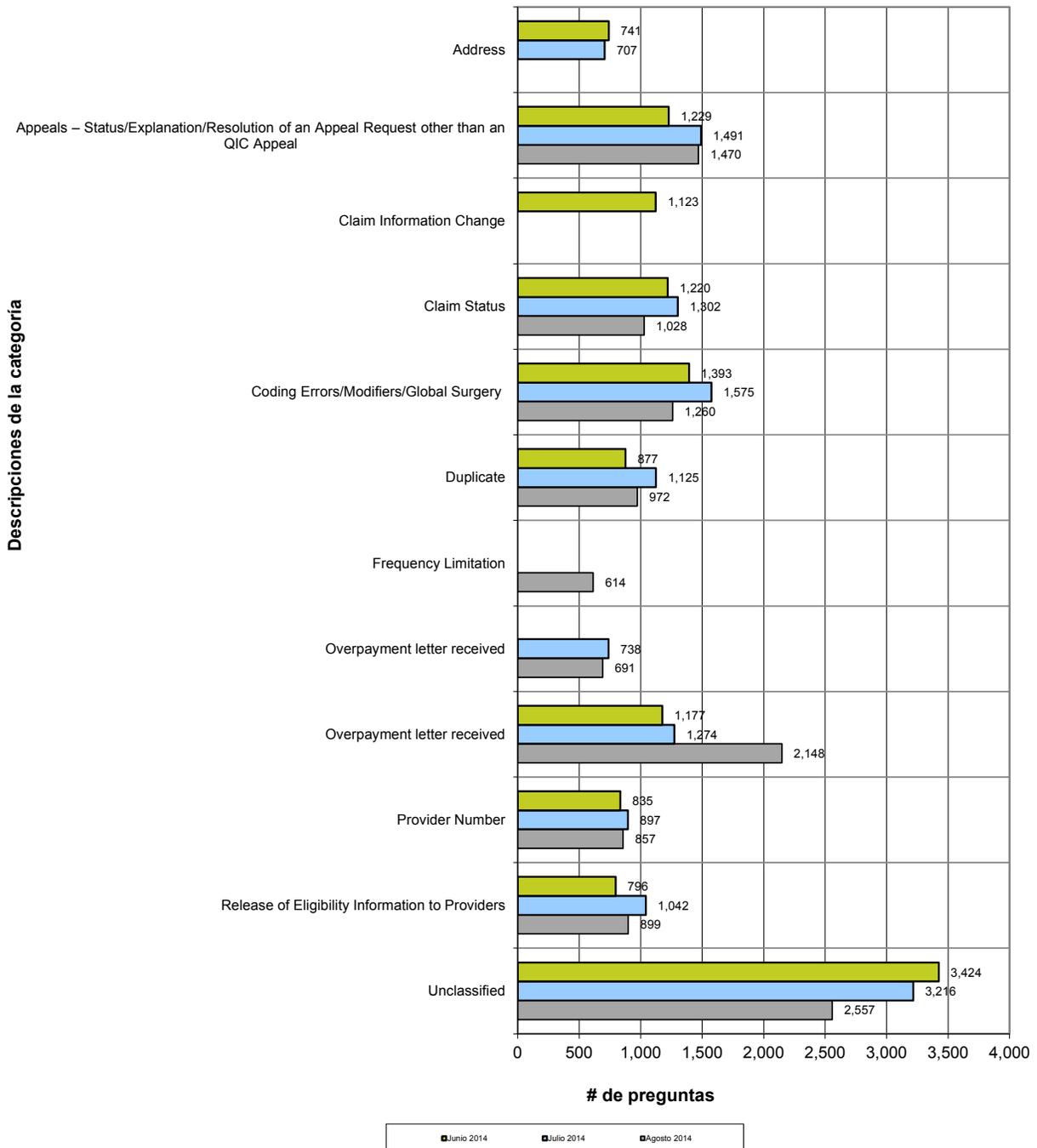
Aprenda más en *First Coast University*



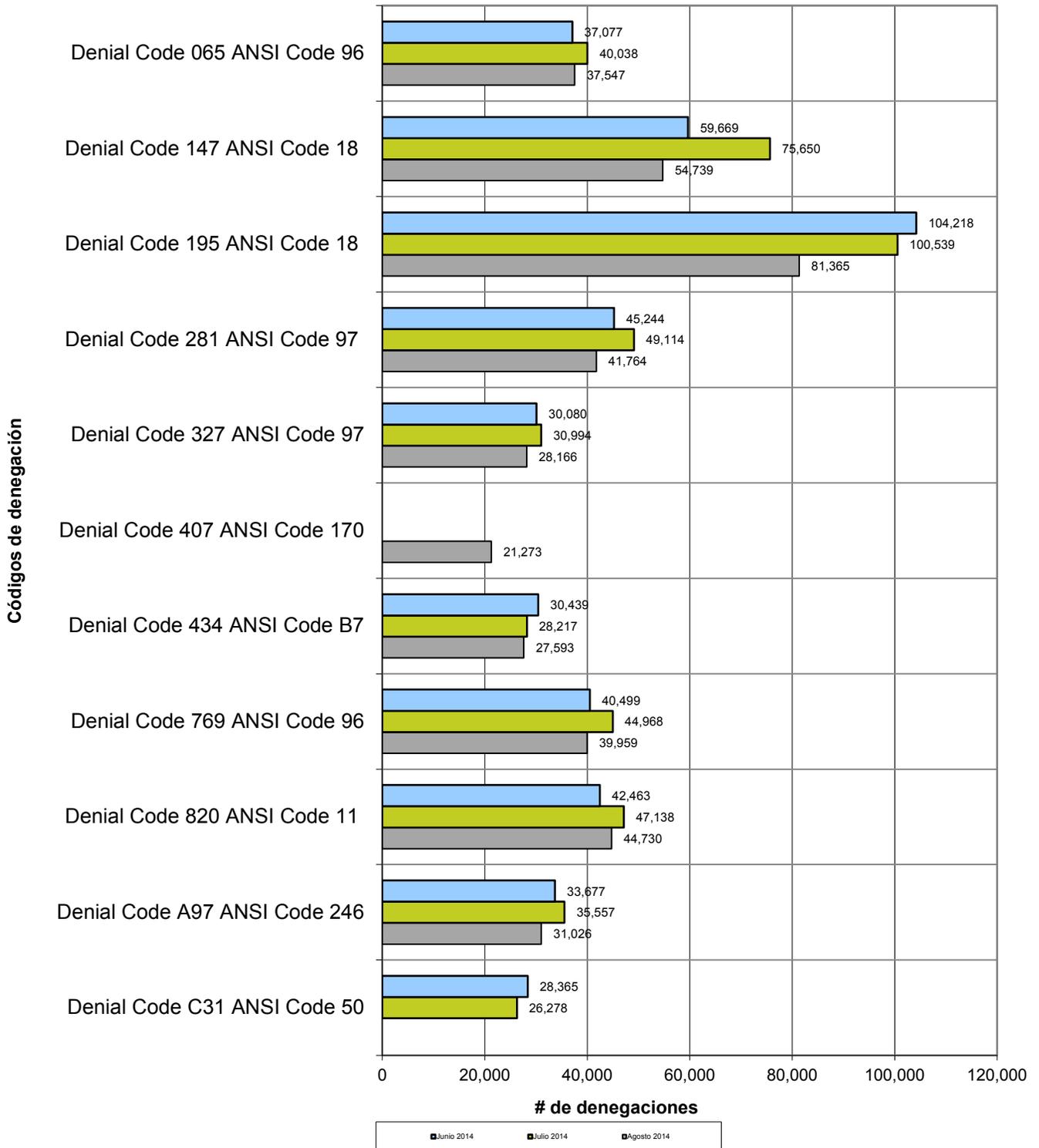
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en junio - agosto de 2014

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

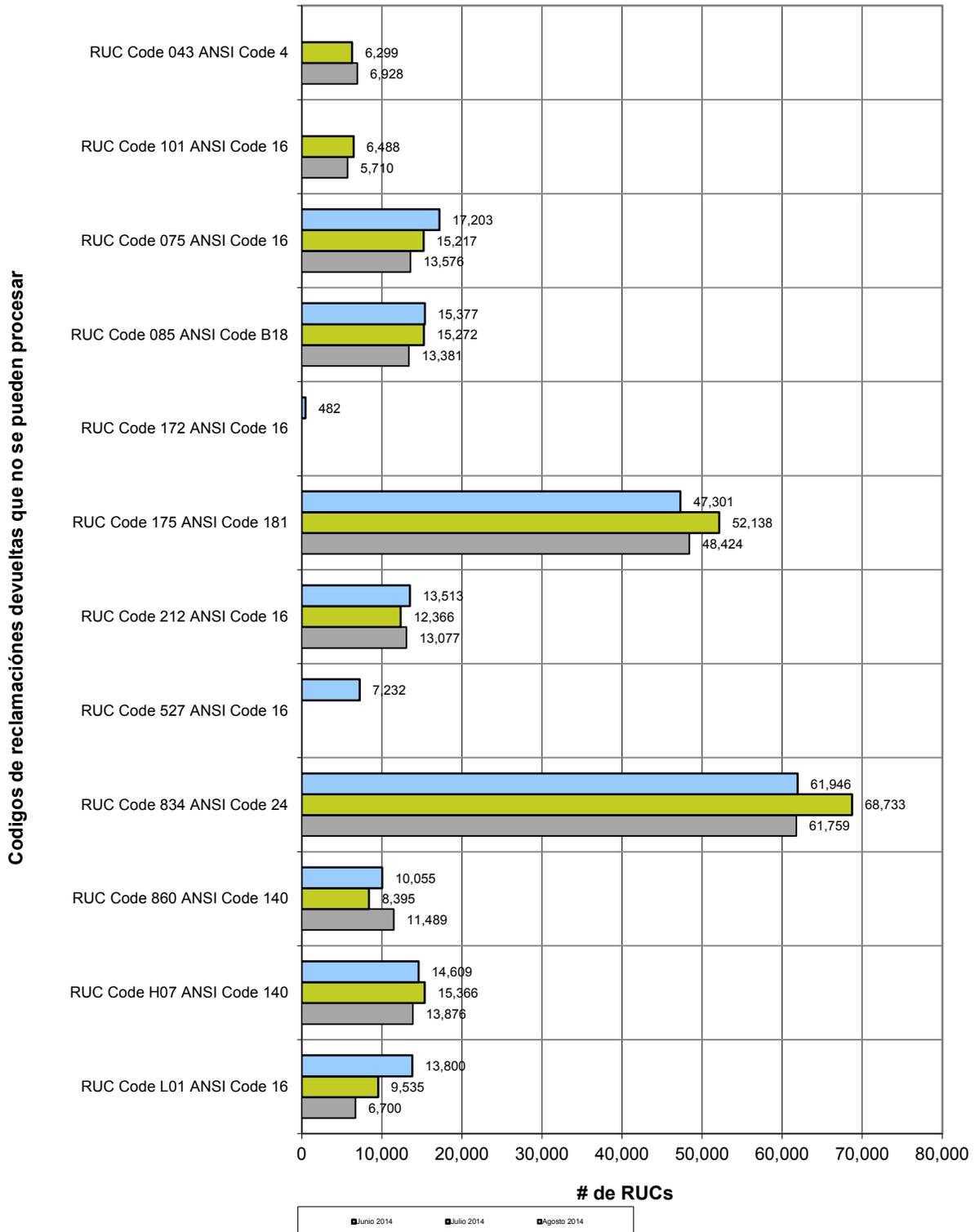
Preguntas de Parte B más frecuentes en junio-agosto de 2014



Denegaciones de Parte B más frecuentes en julio-agosto de 2014



RUC de Parte B más frecuentes en junio-agosto de 2014



Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <http://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A.

Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencia están en cada LCD y están basadas en las fechas de servicio a menos que se diga otra cosa en la LCD. Se exige a los contratistas de Medicare dar aviso con 45 días de anticipación para las LCD; la fecha en que la LCD es puesta en el sitio Web de educación es considerada como fecha de notificación.

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional <http://medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace "eNews" ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

Si usted no tiene acceso a Internet, contacte con el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

Medical Policy and Procedures – 19T
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1 nueva LCD de pruebas genéticas

Identificador de LCD: L35366 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), a través del departamento de cobertura y análisis, han facilitado una colaboración del grupo de trabajo del director médico del contratista nacional conocido como “The local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye a los directores médicos de todos los contratistas administrativos A/B de Medicare (MAC). Uno de los objetivos de todos los MAC es la colaboración con otros contratistas y el consenso de las LCD es uno de los resultados de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos de los contratistas trabajaron con los médicos especialistas relevantes en el desarrollo de ciertos consensos de los borradores de LCD. Cuando el consenso de un borrador de LCD es adoptado por un contratista, no hay ningún cambio importante para el proceso de desarrollo de LCD, lo que incluye un periodo de comentarios de 45 días, la finalización del borrador en base a los comentarios recibidos de los médicos que representan a su sociedad y/o a cualquiera de las partes interesadas en la comunidad y un plazo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local.

Esta LCD limita las pruebas genéticas CYP2C19 [*Current Procedural Terminology (CPT®) 81225*] y CYP2D6 [*CPT® 81226*] para definir las indicaciones. El resto de pruebas CYP2C19 y CYP2D6 no están cubiertas hasta que se establezca la utilidad clínica definitiva para justificar la cobertura. La LCD de pruebas genéticas tampoco cubre CYP2C9 [*CPT® 81227*] y VKORC1 [*CPT® 81355*] para todos los medicamentos ya que no son razonables y necesarios bajo §1862(a)(1)(A). La literatura disponible no respalda que las pruebas CYP2C9 y VKORC1, para la

capacidad de respuesta de los medicamentos, mejora los resultados de salud de los beneficiarios de Medicare.

Esta política no trata la cobertura con evidencia de desarrollo (CED) en la sección 1862(a)(1)(E). Cuando se realizan CYP2C9 y VKORC1 para una CED para la capacidad de respuesta de Warfarina (el código G9143 del Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS]) estará cubierto cuando se proporcione de acuerdo con las limitaciones de cobertura de la determinación nacional de cobertura (NCD) para la capacidad de respuesta de las pruebas farmacogenómicas para la respuesta de Warfarina. Para la cobertura de CED, por favor consulte la NCD 90.1 y el artículo de codificación relacionado con esta LCD.

Esta nueva LCD se ha desarrollado para diseñar las indicaciones y limitaciones de la cobertura y/o la necesidad médica, los códigos *CPT®* y los códigos de diagnóstico ICD-9-CM para CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1.

Fecha efectiva

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 3 de noviembre 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](#).

Revisiones a las LCD existentes

Docetaxel (Taxotere®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29155 (Florida)

Identificador de LCD: L29417 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para docetaxel (taxotere®) fue revisada para incluir la indicación fuera de la etiqueta para carcinoma endometrial. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para incluir esta indicación fuera de la etiqueta y la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para añadir el código de diagnóstico de correlación 182.0. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha efectiva

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

Colorectal Cancer Screening – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29100 (Florida)

Identificador de LCD: L29115 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para un examen del cáncer colorrectal ha sido revisada para añadir los códigos de diagnósticos V76.41 (Special screening for malignant neoplasms, rectum [examen especial para las neoplasias malignas, recto]) y V76.51 (Special screening for malignant neoplasms, colon [examen especial para las neoplasias malignas, colon]) bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos HCPCS G0105 (Colorectal cancer screening; colonoscopy on individual at high risk [examen de cáncer colorrectal; colonoscopia en un individuo en alto riesgo]) y G0120 (Colorectal cancer screening; alternative to G0105, screening colonoscopy,

barium enema [examen de cáncer colorrectal; alternativo a G0105, examen de colonoscopia, enema de bario]).

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 28 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](#).

Low density lipoprotein (LDL) apheresis – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L32998 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) entró en vigor el 4 de febrero de 2013. En ese momento, el análisis de datos del Program Safeguards Communication Group (PSCG) identificó que la utilización del código CPT® 36516 (*therapeutic apheresis; with extracorporeal selective adsorption or selective filtration and plasma reinfusion [aféresis terapéutica; con la adsorción selectiva extracorpórea o filtración selectiva y reinfusión de plasma]*) había aumentado de manera constante desde el 2008. El análisis de datos de Medicare de Parte B, obtenido en la segunda mitad del 2013, indica un aumento significativo del contratista de la Parte B de Medicare en relación a la nación en casi un 800 por ciento por encima de la media nacional. Debido al riesgo de un error en la reclamación

de un alto pago de dólar, esta LCD se ha revisado para abordar las indicaciones limitadas de este servicio y establecer parámetros de frecuencia en la sección de guías de utilización de aféresis LDL.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 3 de noviembre 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](#).

Omalizumab (Xolair®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29240 (Florida)

Identificador de LCD: L29456 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local para omalizumab (Xolair®) ha sido revisada en base a una petición de reconsideración para añadir la nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA): urticaria idiopática crónica en adultos y adolescentes (12 años o más de edad) que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento antihistamínico H1. Se hizo una revisión para añadir la indicación aprobada de FDA para omalizumab (Xolair®) a la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue revisada para añadir los códigos de diagnósticos 708.1 y 708.8 y los descriptores para corresponder con la indicación aprobada. La sección “Utilization Guidelines”

de la LCD también fue actualizada para incluir esta indicación. En adición, First Coast Service Options, Inc. (First Coast) tomó esta oportunidad para revisar las pautas para el asma persistente severa y moderada en base al National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3. Las “Sources of Information and Basis for Decision” han sido actualizadas para añadir las referencias para esta revisión.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 28 de agosto de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 21 de marzo 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/>

Ver **OMALIZUMAB**, en la próxima página

OMALIZUMAB

De la página anterior

[medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx](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](#).

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

Con base en la petición de cambio (CR) 8757 (Percutaneous Image-guided Lumbar Decompression [PILD] for Lumbar Spinal Stenosis [LSS], [descompresión lumbar percutánea guiada por imágenes [PILD], para estenosis espinal lumbar [LSS]), la determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada para eliminar el código 0275T de *Current Procedural Terminology (CPT®)* de la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes-Procedures”. Como se indicó en la CR 8757, efectivo para los servicios prestados a partir del 9 de enero de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que PILD será cubierta por Medicare cuando se proporciona en un estudio clínico bajo la sección 1862(a)(1)(E) a través de la cobertura con evidencia de desarrollo (CED) para los beneficiarios con LSS que están inscritos en un estudio clínico aprobado que cumpla con los criterios establecidos en la *determinación nacional de cobertura (NCD) 150.13* (Percutaneous-image-guided lumbar decompression for lumbar spinal stenosis [descompresión lumbar percutánea guiada por imágenes para estenosis espinal lumbar]).

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de octubre de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 9 de enero de 2014**.

Además, los siguientes códigos CPT®/HCPCS fueron evaluados y se determinó que no cumplen con el límite razonable y necesario para la cobertura de Medicare. Por lo tanto, 81504, C9739, C9740 y 53899 (*Unlisted procedure, urinary system [procedimiento no listado, sistema urinario]*), 55899 (*Unlisted procedure, male genital system [procedimiento no listado, sistema genital masculino]*) y L8699 (Prosthetic implant, not otherwise specified [implante de prótesis, no especificado de otra manera]), cuando el código L8699 se utiliza para el

implante de elevación de la uretra prostática, se han añadido a la sección de la LCD “CPT®/HCPCS-codes”.

Cualquier reclamación denegada tendría derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere una revisión por un médico para confirmar cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para la revisión, toda la documentación médica relevante y la información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Cualquier parte interesada puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el plazo de notificación ha terminado y esta revisión se haga efectiva. Por favor, consulte el artículo adjunto en la parte inferior de la LCD de servicios no cubiertos, que incluye una lista de los artículos y la información relacionada que fueron abordados por el departamento de política médica para tomar la determinación de no cobertura. Si la parte interesada tiene información nueva basada en la evaluación de la lista, la reconsideración de la LCD se puede iniciar. Es responsabilidad de la parte interesada presentar los artículos adicionales, los datos y la información relacionada en apoyo a su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 3 de noviembre de 2014**.

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

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

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

Formulario de Parte B

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

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC JN están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2014 a septiembre 2015.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de honorarios de 2014 – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2014, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa
Medicamentos orales anticáncer
CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atencion al cliente – libre de cargo

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atencion al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito
Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Proveedores participantes
Proveedores participantes Medicare Parte B
P. O. Box 44117
Jacksonville, FL 32231-4117

Reclamaciones de quiropráctico
Unidad quiropráctica Medicare Parte B
P. O. Box 44067
Jacksonville, FL 32231-4067

Reclamaciones de ambulancia
Departamento de ambulancia Medicare Parte B.
P. O. Box 44099
Jacksonville, FL 32231-4099

Medicare como pagador secundario
Departamento MSP Medicare Parte B
P. O. Box 44078
Jacksonville, FL 32231-4078

Reclamaciones ESRD
Reclamaciones ESRD Medicare Parte B
P. O. Box 45236
Jacksonville, FL 32232-5236

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones
Revisión reclamaciones Medicare Parte B.
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Solicitud de audiencias justas
Audiencias Medicare
P.O. Box 45156
Jacksonville FL 32232-5156

Freedom of Information Act
Solicitud Freedom of Information Act
Apartado postal 2078
Jacksonville, Florida 32231

Audiencias juez de derecho administrativo
Q2 Administrators, LLC
Parte B QIC South Operations. P.O. Box 183092. Columbus, Ohio 43218-3092
Attn: Administration manager

Estatus/preguntas generales
Correspondencia Medicare Parte B
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Sobrepagos
Servicios financieros Medicare Parte B
P. O. Box 44141
Jacksonville, FL 32231-4141

**Reclamaciones de (DME),
protésicos u ortóticos**
CSG Administrators, LLD
P.O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

Reclamaciones electrónicas (EMC)

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

Desarrollo adicional

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

**Pasados 40 días de solicitud inicial:
Envíe los cargos en cuestión,
incluyendo información solicitada,
como si fuera una nueva reclamación**
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Misceláneo

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

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

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

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

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

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

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

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

Números telefónicos

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

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

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:
1-800-MEDICARE
Impedimento auditivos:
1-800-754-7820

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

**Registro eventos
educacionales (línea no
gratuita):**
1-904-791-8103

**Intercambio electrónico de
datos (EDI)**
1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

**DME, reclamaciones ortóticas
o próstéticas**
Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A
Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.gov

**Beneficiarios
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**
www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

Correo electrónico:

AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente beneficiarios

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

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

Registro de eventos educativos

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

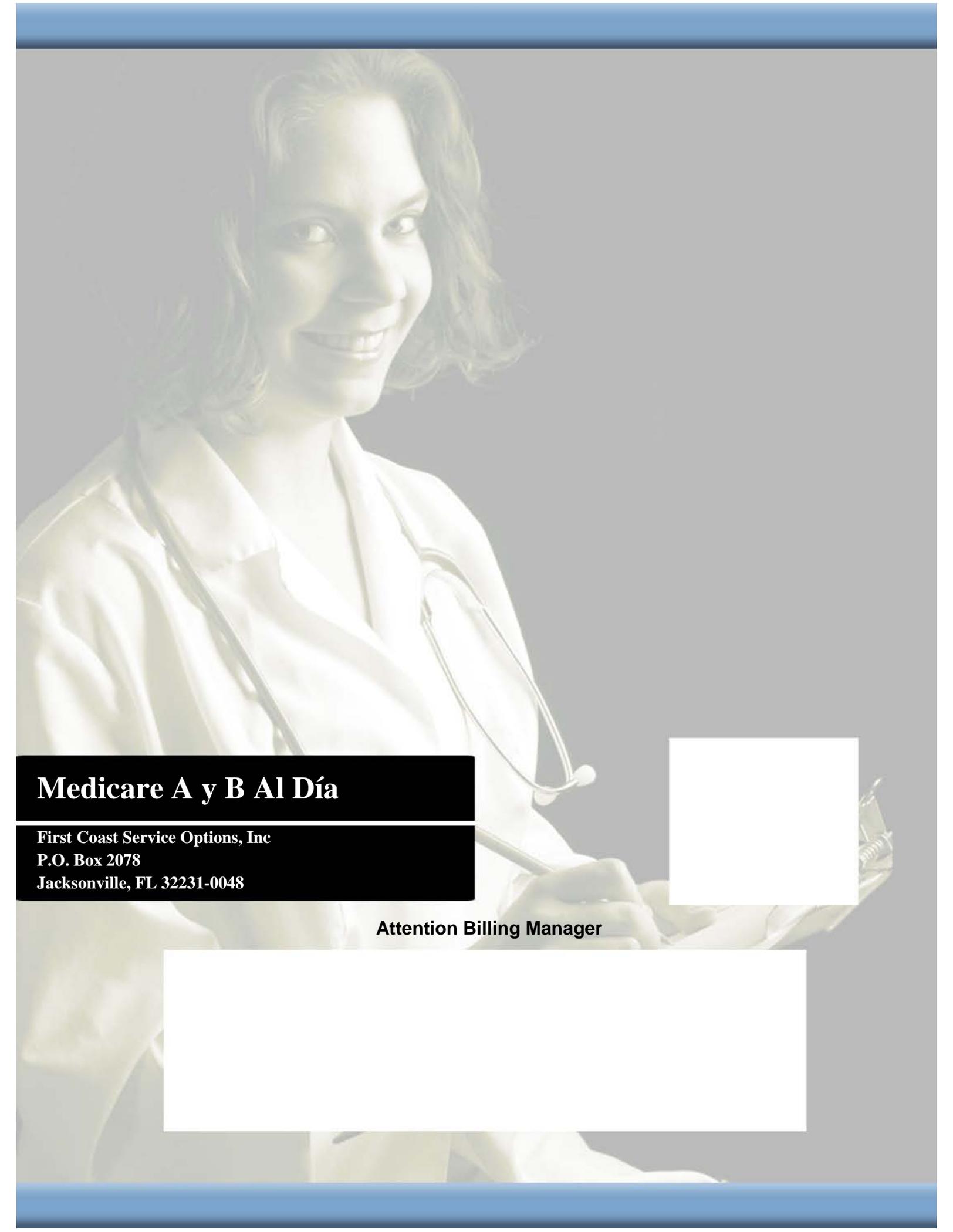
Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prótesis

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager